Health Canada Santé Canada

STRENGTHENING THE POLICY-RESEARCH CONNECTION

ISSUE 9, SEPTEMBER 2004

Health Policy Research Bulletin

Child Maltreatment: A Public Health Issue

Healthy child development is a key determinant of health. Yet each year, a disturbing number of Canadian children experience various forms of abuse and neglect. Research shows that the injuries and emotional harm sustained during maltreatment can lead to immediate and long-term health problems that place considerable pressure on the health care system.

The health sector plays an important role in reducing the burden of child maltreatment through preventive programs, identification and referral, and treatment. This issue of the *Health Policy Research Bulletin* explores how Health Canada's leadership and its coordination of Canada's national child maltreatment surveillance system serve as a foundation for this work. More specifically, this issue of the Bulletin:

- explains what constitutes child maltreatment and describes how our understanding of the problem has evolved over the years and has been shaped by the sectors involved in addressing it
- highlights the important information that the *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) and other data collection activities are providing about the scope of child maltreatment and emerging concerns
- examines the factors and conditions that contribute to child maltreatment and, as an illustration, reports on a recent investigation of the relationship between child maltreatment and caregiver substance abuse
- uses two national-level data sources to explore the physical, emotional and behavioural outcomes of child maltreatment

Although much remains to be done to develop better integrated and more comprehensive systems for data collection, analysis and reporting on child maltreatment, current surveillance and research activities are starting to influence policy and practice.

In this Issue

Child Maltreatment

Informing Policy: A Scientific Perspective 3

What is Child Maltreatment? 6

The Canadian Incidence Study 9

Scope and Risk Factors 12

Association with Substance Abuse 16

Maltreatment Outcomes 19

Linking Evidence to Action 24

Who's Doing What? 26

Fact or Fiction? 30

Survey Data Files 32

New and Noteworthy 34

Canada

A Statistical Snapshot of Canada's Children

Population of Children Aged 0–18 (2003)[1]
Males: 3,824,389
Females: 3,640,464

Children Under 18 in Low-Income Families (2001)[2]
Number of children: 1,245,700
Proportion of children: 18%

Family Structure for Children Under 18 Living at Home (1996)[3]
74.3% in families of currently married couples
8.4% in common-law couple families
2.7% in male lone-parent families
14.5% in female lone-parent families

Infant Mortality Rate (2000)[4]
5.3 per 1000 live births

Injury Mortality Rate for Children Aged 0–19 (2000)[5]
15.0 per 100,000

Injury Morbidity Rate for Children Aged 0–19 (2000–2001)[6]
529.6 per 100,000

Hospitalizations Due to Injury, by Cause and Gender, 2000–2001[7]

Males	All ages	Ages 1–19
Traffic injury	11.3%	11.5%
Falls	36.4%	33.1%
Other unintentional injuries	38.1%	45.1%
Intentional injuries	12.7%	9.3%
Unknown intent	1.4%	1.1%

Females	All ages	Ages 1–19
Traffic injury	8.1%	11.6%
Falls	56.0%	29.4%
Other unintentional injuries	19.8%	33.3%
Intentional injuries	14.4%	23.4%
Unknown intent	1.7%	2.3%

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Health Policy Research Bulletin

Health Canada's *Health Policy Research Bulletin* is published three times a year. The Bulletin is part of a larger policy research dissemination program designed to enhance Health Canada's policy-relevant evidence base.

A departmental steering committee guides the development of the Bulletin. The Research Management and Dissemination Division (RMDD) within the Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch coordinates the Bulletin's development and production. RMDD would like to thank the steering committee members for their contributions, as well as Nancy Hamilton, Managing Editor, Jaylyn Wong, Assistant Editor, Tiffany Thornton, Coordination, and Raymonde Sharpe, Proofreading and Quality Control. Special thanks go to Lil Tonmyr and the Guest Editor of this issue, Dr. Catherine McCourt, Director of the Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch.

We welcome your feedback, suggestions and requests to be added to our mailing list. Please forward your comments and any address changes to: <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

Electronic HTML and PDF versions of the Bulletin are available at: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Health Policy Research Bulletin

The opinions expressed in these articles, including interpretation of the data, are those of the authors and are not to be taken as official statements of Health Canada.

This publication can be made available in alternative formats upon request.

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgment of the source.

Published under the authority of the Minister of Health.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2004

ISSN 1499-3503

Editing, design and layout by Allium Consulting Group Inc.

Publications Mail Agreement Number 4006 9608

Return if undeliverable to:

Health Canada
IACB/DGIAC
RMDD/DGDR
P/L: 1904A
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Evidence and Action:
A Necessary Partnership

The following interview with **Dr. Catherine McCourt**, *Director of the Division of Health Surveillance and Epidemiology, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, was conducted by Nancy Hamilton, Managing Editor of the* **Health Policy Research Bulletin.**

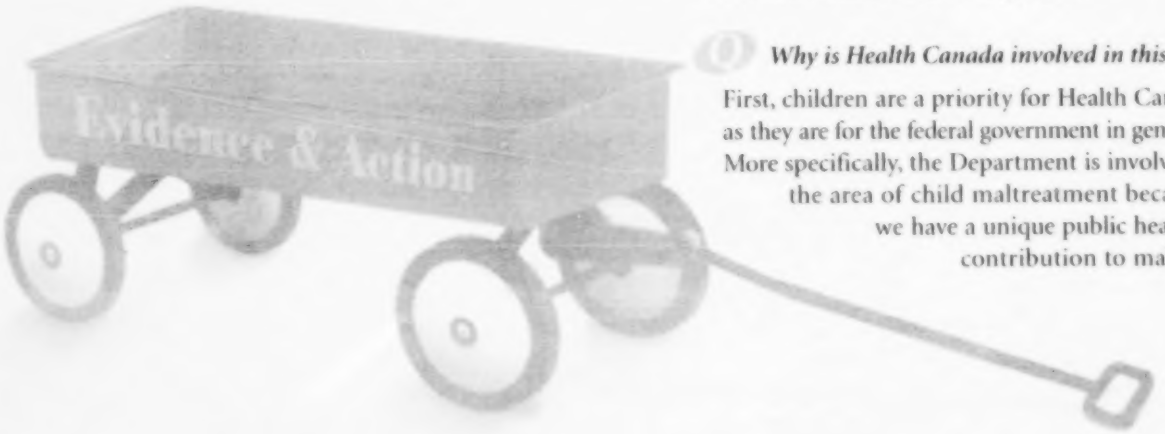
When we talk about "child maltreatment," what are we referring to?

For our purposes, child maltreatment is defined as physical abuse, sexual abuse, neglect or emotional maltreatment of a child. A more in-depth explanation of these terms can be found in the article *What is Child Maltreatment?* (see page 6). This article also elaborates on the evolving concept of child maltreatment, and the fact that there are different perspectives through which people see this topic. As for the definition of a child, the *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) uses the age range of 0–15 years, inclusive.

Child maltreatment appears to be an issue of concern to policy makers in many sectors. How is it significant for the health sector?

Child maltreatment can result in adverse health outcomes, both immediately and over the longer term. Child abuse and neglect can result in physical and emotional harm. It can also increase a child's risk of behavioural, social, emotional and cognitive development problems.

The health sector plays an essential role in reducing the impact of child maltreatment through preventive programs, identification and referral, and treatment. For example, health care providers deliver programs that educate parents about the dangers of shaking babies. Child protection teams in paediatric hospitals have a role in the assessment, referral and treatment of children suspected of having been maltreated. As well, children's mental health services are an important component of services for those who have been abused or neglected.



Why is Health Canada involved in this area?

First, children are a priority for Health Canada as they are for the federal government in general. More specifically, the Department is involved in the area of child maltreatment because we have a unique public health contribution to make,

one that complements the mandates of other sectors and jurisdictions. From my perspective, which is that of someone working in science to support policy development, the starting point is Health Canada's leadership and coordination of Canada's national child maltreatment surveillance. As you know, health surveillance is an ongoing system of data collection, expert analysis and interpretation, and communication of information for public health action. The Department's role in child maltreatment surveillance is consistent with our expertise in, and contribution to, national surveillance in many other areas of public health, including infectious diseases, chronic diseases, perinatal health and unintentional injury.

Health Canada also contributes through its support for external research activities, such as the work carried out by the Centre of Excellence for Child Welfare, which is one of four Centres of Excellence for Children's Well-Being in the country. In the broader health portfolio, the research funding provided by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is also helping us to move forward. A third contribution is provided by the National Clearinghouse on Family Violence in its role as an information clearinghouse for professionals and the public.

How would you respond to people who might say we should use resources for front-line services, rather than for surveillance and research?

I would say that we need both. The essential purpose of our surveillance and research activities is to develop and disseminate knowledge that helps people working on the front lines to provide effective services. For example, surveillance gives us information about the extent of child maltreatment, as well as trends and patterns of occurrence. This information is essential for making sound policy decisions and for determining how to best allocate program resources.

Surveillance results also help to raise awareness among governments and the public about child abuse and neglect. Research provides knowledge about the causes of child maltreatment, as well as the risk and protective factors, so that better prevention and response policies and programs can be developed. Research that designs and evaluates prevention and intervention programs is also necessary if we are to use human and financial resources in the most effective and efficient way possible.

What type of data and research are needed and what role has Health Canada played in developing this evidence base?

From the surveillance perspective, we first need to know the burden of child maltreatment, including rates and trends over time. We need to know the circumstances in which the maltreatment occurs, so we can properly analyze and interpret the rates. Health Canada leads the CIS, which collects data on the incidence of maltreatment reported to, and investigated by, child welfare agencies across the country (see the article on page 9). Now in its second cycle, this periodic survey also collects data on circumstances and contextual factors, such as family income, housing, caregiver functioning and family stressors. This reflects the determinants of health approach that was taken with the CIS.

The core CIS survey reports at the national level, but provincial- and territorial-level analyses are very important because these jurisdictions are responsible for child welfare and the delivery of child protection services. Some provinces and territories support oversampling in their jurisdiction to enable this level of analysis and reporting (see the article on page 24).

It is important to emphasize that Health Canada's work on the CIS is carried out collaboratively with the provincial and territorial Directors of Child Welfare, and the academic and child advocacy communities. This helps ensure that the surveillance is of high scientific quality and that it is relevant and responsive to those who plan and provide services to children.

What does the evidence tell us about the factors that contribute to child maltreatment and the related health consequences?

We know that the risk factors for maltreatment can reflect the situation of the child, the situation of the parents or broader social factors, and that these risk factors vary according to the type of maltreatment (see also *The Scope of Child Maltreatment in Canada*, page 12). The risk factors, which include low socio-economic status, parental illness, spousal violence, social isolation and many others, are associated with a greater likelihood of maltreatment, but they do not necessarily cause the maltreatment. With regard to health consequences, the article *Maltreatment Outcomes: Immediate and Long-Term* (on page 19) discusses some of the effects of child maltreatment.

What policy levers are available to prevent or mitigate the effects of child maltreatment, and how are our research efforts guiding policy development in this area?

Policy levers such as child welfare legislation and the planning, resourcing and delivery of child protection services exist at the provincial and territorial level, and below. The provinces and territories are involved in policy development in other areas as well, such as education (awareness and prevention programs), the administration of justice and health services, including th. provision of children's mental health services.

At the federal level, the Department of Justice has an important role through the *Criminal Code* and various aspects of family law, while the Royal Canadian Mounted Police has a clear role in policing and law enforcement. Health Canada and other federal departments collaborate through the Family Violence Initiative, led by Health Canada, and share responsibility for policy development in support of international initiatives such as the *UN Convention on the Rights of the Child* and *A World Fit for Children* (see page 26). In response to the latter document, the federal government worked with partners from across various sectors to develop a national plan of action entitled *A Canada Fit for Children.*

Health Canada is also active through its work on the prevention of violence and injury and, more broadly, through its support for the *World report on violence and health.* Finally, economic and social policy development in various areas of the federal government is important in addressing the socioeconomic circumstances that increase the risk of child maltreatment.

The CIS has already had an impact on policy development and I anticipate that the effects will increase as more cycles of the study are implemented and analyzed. For example, in the education sector, CIS results have been included in curricula at the university and high school levels, and in continuing education for school administrators. At the federal level, the CIS results supported Canada's successful intervention to include the concept of child neglect in *A World Fit for Children.* Recent analysis has also contributed to policy discussions about investigation priorities and procedures for child maltreatment and the development of differential response systems to reflect differing degrees of urgency for intervention.[1]

Health Canada and other federal departments collaborate through the Family Violence Initiative, led by Health Canada, and share responsibility for policy development in support of international initiatives such as the *UN Convention on the Rights of the Child* and *A World Fit for Children.*

Where should future research efforts be focused?

The article *From Evidence to Action: An Ongoing Journey* (see page 24) outlines the challenges involved in strengthening the evidence required for preventing and responding to child maltreatment. I believe there are a number of key areas that merit further study. For example, more work is needed to help us understand the maltreatment of vulnerable or special needs children, such as those with disabilities and Aboriginal children. We also need to develop a better understanding of the influence of cultural and societal factors, as well as the economic and health consequences of maltreatment.

I strongly believe that Health Canada's continued and strengthened collaboration with provincial and territorial governments and the Canadian Institutes of Health Research is important in addressing these gaps. The establishment of the new Public Health Agency of Canada is an opportunity to reinforce these collaborations, and to build on our current surveillance of child maltreatment. and of injury and violence more broadly. Lastly, I think that opportunities for international collaboration should be sought, because we have something to learn from other countries and to offer other countries in terms of child maltreatment surveillance and research.

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/orad-dror>.

WHAT IS *Child* MALTREATMENT?

Carol MacLeod, *Family Violence Prevention Unit, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada;* **Lil Tonmyr**, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada; and* **Tiffany Thornton**, *Research Management and Dissemination Division, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada*

Our understanding of child maltreatment issues and concepts has evolved significantly over the years. This article provides the historical context for current definitions of and approaches to child maltreatment and describes how various perspectives have influenced this evolution.

Looking Back

It is only relatively recently that children in Western society have been treated as distinct from their family. This shift began during the Industrial Revolution when children's living conditions became a concern and governments responded by limiting age and hours of work, and by mandating primary school attendance. At the same time, volunteer social reformers stepped forward to care for children who were neglected, or physically or sexually abused.

Here in Canada, child protection became primarily a provincial responsibility because provinces possess the power to regulate charities. Notably, Canada's first Children's Aid Society was established in Ontario in 1891.[1] For the first half of the 20th century, the provinces focused on addressing child poverty, neglect and abandonment. In the 1960s, research describing a "battered child syndrome" precipitated a rapid evolution in how child maltreatment issues were conceptualized. As a result, social services altered their focus from negligent parenting to physical and sexual abuse issues.

The 1984 Badgley Report supported a further shift from parental to child rights.[2] Provinces and territories reoriented their child protection legislation, defining the various forms of abuse, mandating that cases of abuse be reported to child protection authorities or police and requiring that suspected child abuse cases be investigated. At the same time, social services moved away from child apprehension and placement to a preventive approach focusing on the "least disruptive course" that included support for families at risk and treatment for children who have been maltreated.

Our Current Understanding

As more is learned about the effects of child maltreatment and attitudes evolve, concepts and approaches also change. For example, as a result of underlying beliefs about children's rights, emotional maltreatment is now considered to warrant child protection. Today, child maltreatment typologies generally include three elements: the relationship between the adult or youth and the child; acts of commission or omission by an adult or youth; and the harm or risk of harm to the child. Typologies

Physical abuse (assault) involves deliberate application of unreasonable force by an adult or youth to any part of a child's body. Physical abuse includes shaking, pushing, grabbing, throwing, hitting with a hand, punching, kicking, biting, hitting with an object, choking, strangling, stabbing, burning, shooting, poisoning and the abusive use of restraints.

Sexual abuse is adult or youth behaviour that involves using a child for sexual gratification and involves exposure of a child to sexual contact, activity or behaviour. Sexual abuse includes penetration, attempted penetration, oral sex, fondling, sex talk, voyeurism, exhibitionism and exploitation.

Neglect occurs when a child's caregiver fails to provide the physical or psychological necessities of life to a child. Neglect includes failure to supervise leading to physical harm, failure to supervise leading to sexual harm, permitting criminal behaviour, physical neglect, medical neglect, failure to provide psychological treatment, abandonment and educational neglect.

Emotional maltreatment concerns behaviours that damage a child psychologically, emotionally or spiritually. Emotional maltreatment includes emotional abuse, emotional neglect and exposure to family violence.

commonly recognize four categories of child maltreatment — physical abuse, sexual abuse, neglect and emotional maltreatment (see box).

Approaches

There are two major approaches to child maltreatment. A **behaviour-based approach** involves legally proscribed adult or youth misbehaviours that harm the child, while an **effect-based approach** or **rights-based approach** looks at human rights or children's rights to live free of harm as a societal issue. Current international and Canadian approaches blend the two perspectives. For example, the World Health Organization's (WHO) 2002 *World report on violence and health*[4] employs an effect-based approach that defines maltreatment in terms of adult behaviours that harm the child's health, survival, development or dignity. The WHO endorses the idea that violence can be prevented by modifying conditions that lead to inappropriate adult behaviour

The United Nations (UN) proposed protecting the human rights of children in its *Convention on the Rights of the Child*,[5] which Canada ratified in 1991. Health Canada upholds the responsibilities of the Convention by ensuring a child's right to survival, healthy development, protection and participation.

At the UN General Assembly Special Session on Children in 2002, the world's governments committed themselves to officially adopting the document, *A World Fit for Children*.[6] Acting on this commitment, Canada developed its own national action plan entitled *A Canada Fit for Children*,[7] which is a joint responsibility of the Ministers of Health and Social Development Canada. The plan identifies the prevention of child maltreatment as its first priority under the theme "Protecting from Harm."

Working Together

Effect-based approaches and behaviour-based approaches translate into three levels of intervention: legislative-based interventions intended to protect victims and punish perpetrators; social service interventions designed to protect children; and health system interventions intended to prevent, detect and treat the effects of maltreatment. Preventing and protecting children from maltreatment requires cooperation among federal and provincial governments, and voluntary community organizations. Underpinning these efforts is a legislative foundation that crosses jurisdictional boundaries.

Legislative Frameworks

Justice Canada is responsible for the *Criminal Code of Canada*, which addresses the severest forms of child abuse and sexual exploitation, as well as interprovincial or international issues such as sex tourism and Internet child pornography. Provincial and territorial laws focus

on protecting children from harm and/or strengthening families. Provinces and territories are responsible for implementing child protection legislation, administering civil law and prosecuting most *Criminal Code* offences.

Social Services

Most provinces and territories address child protection services through departments responsible for health, social services, community services and/or family services. Regional agencies or boards deliver services in some provinces and territories; other provinces and territories fund non-governmental charitable organizations such as the Children's Aid Society to provide community-based services. The scope of services also varies among jurisdictions, but generally includes parenting and life skills training, counselling, respite, daycare and specialized treatment programs for children who have been maltreated and/or perpetrators of abuse.

Where provinces and territories have devolved the responsibility for delivering child protection services to First Nations communities, Indian and Northern Affairs Canada (INAC) provides funding for the communities to design and manage programs in accordance with provincial and territorial legislation. In other areas, INAC funds services that are provided by provincial/territorial organizations or departments.

Health Services

The view that health and freedom from maltreatment are fundamental child rights brings maltreatment firmly into the realm of public health. Healthy child development is considered to be a key determinant of health. However, the injuries and emotional harm sustained during maltreatment can lead to lifelong physical, emotional and cognitive disabilities that place considerable pressures on the health care system. Research has established relationships among maltreatment and a variety of physical, emotional and mental health problems, including: delayed brain development; unhealthy attachment; the adoption of harmful coping strategies (e.g., drug, alcohol and tobacco use); early sexual experience and unprotected sex leading to sexually-transmitted infection, pregnancy and unhealthy birth outcomes; body control strategies including disordered eating, slashing and suicide; antisocial behaviour; and the use of abusive strategies in adult relationships.[8]

Not only does child maltreatment affect the child who has been maltreated, it also has an impact on the family, the community, and those responsible for detecting, treating and caring for children who experience maltreatment. As a result, child maltreatment has long been recognized as an issue that implicates the legal, housing, education, social services and health sectors.

Historically, federal and provincial governments have addressed child abuse in multi-departmental strategies that involve health departments as key players. Special federal interdepartmental initiatives addressing child maltreatment include the *National Children's Agenda*, *Gathering Strength: Canada's Aboriginal Action Plan*, the *Aboriginal Justice Strategy*, the *National Strategy on Crime Prevention and Community Safety*, the Homelessness Initiative and the Family Violence Initiative.

The federal government collects data and conducts research on the nature and extent of child maltreatment, particularly in the health sectors. Studies of note include the *National Longitudinal Survey on Children and Youth*, which captures data on parenting and domestic violence, and the *Health Behaviours of School-Aged Children Survey*, which addresses bullying. Led by Health Canada and Social Development Canada, the *Early Childhood Development Agreement* between the federal and provincial governments contributes to parent and child well-being, as do programs such as Health Canada's Community Action Program for Children, Canada Prenatal Nutrition Program and Nobody's Perfect program.

Health Sector Roles

Child maltreatment is associated with serious and long-term health problems. For this reason, the health sector has an important role to play in identifying and preventing maltreatment, protecting children and treating those who experience physical and emotional harm. Health sector policies and programs can encourage healthy child development and promote the conditions and factors that protect children from immediate and long-term harm. Underpinning and guiding health sector activity are Health Canada's surveillance and research initiatives which promote exploration of the influences of early childhood experiences on later development, health behaviours and health outcomes.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

The Canadian Incidence Study: Establishing an Evidence Base

Valérie Gaston, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, and* **Nico Trocmé, Ph. D.**, *Director of the Centre of Excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto*

The Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS) is a cornerstone of Canada's surveillance network on child maltreatment. Prior to this study, there were no national estimates of the incidence of maltreatment in Canada. As a result, policy makers had to rely on American data for "best estimates" of the Canadian situation. This article describes the key features of the CIS, which operates on a five-year periodic data collection and reporting cycle. The first cycle was conducted in 1998; the second cycle began in 2003 and data analysis activities for it are currently under way.

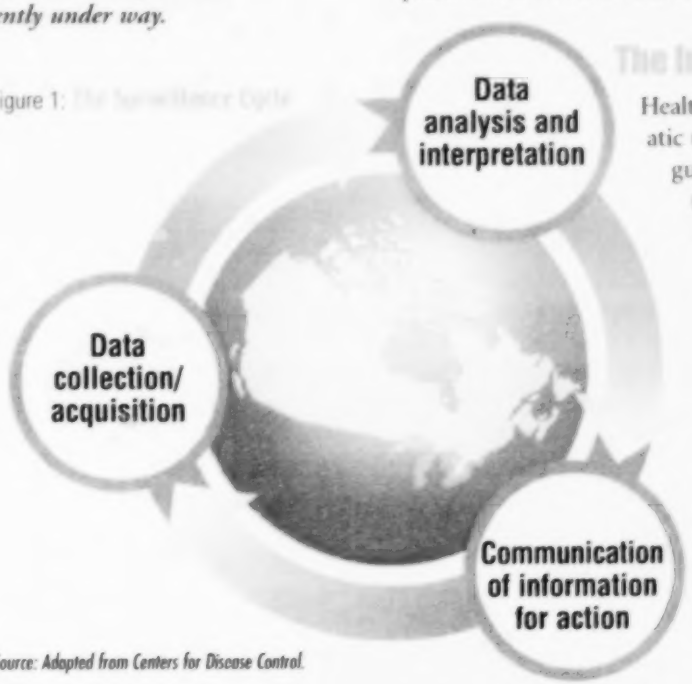
About the CIS

Health Canada carries out the CIS in collaboration with provincial/territorial governments and a cross-disciplinary team of investigators from regional academic centres under the leadership of the University of Toronto. The study is guided by a multisectoral steering committee comprised of health and social service officials, youth representatives, Aboriginal representatives, university-based researchers and advocacy groups.

The CIS examines cases of child maltreatment (physical, sexual and emotional maltreatment and neglect) reported to and investigated by child welfare services across Canada. In particular, it:

- examines the **rates of reported maltreatment** (e.g., type, duration, severity)
- explores key **characteristics of investigated children** (e.g., previous reports of maltreatment and child functioning issues such as developmental delay or depression) and their families (e.g., caregiver age, sex, education level, risk factors, primary income source and housing)
- tracks sources of referrals and **short-term case outcomes** (e.g., out-of-home placement and involvement of the child welfare court)

Figure 1: The Surveillance Cycle



Source: Adapted from Centers for Disease Control.

The Important Role of Surveillance

Health surveillance is the continuous and systematic use of routinely collected health data to guide public health action. It provides data that allow researchers to identify trends, track information on the determinants of health (as well as various risk and protective factors), establish national research priorities, and guide the development and evaluation of policies and programs. It also highlights emerging issues and allows researchers and policy analysts to monitor progress in the prevention and treatment of disease and injury.

As the foundation of Canada's child maltreatment surveillance network, the CIS includes the three stages characteristic of the health surveillance cycle

(see Figure 1). Data for the CIS are collected every five years; then the data are analyzed and the resulting information is disseminated and used to inform policy and practice. More detailed analysis of the data by researchers across the country is also encouraged (see the article on page 16).

A comprehensive child maltreatment surveillance network must collect and eventually link data from the professional milieus that interact with children who have experienced maltreatment, including child welfare, police, justice and paediatric hospitals. One information gap is data from coroners and medical examiners. However, these data will soon be available from the National Coroner/Medical Examiner Database, which will provide valuable information on the circumstances of deaths related to child abuse and neglect.

The CIS: A Surveillance Cornerstone

Prior to the CIS, there were no comprehensive, national data on children and families who had been investigated because of suspected child abuse and neglect. This hampered efforts to develop and evaluate policies, programs and interventions. The main objectives of the CIS are to: provide reliable estimates of the frequency and characteristics of reported maltreatment among children 0–15 years of age; assist in targeting resources for children at risk of abuse and neglect; and guide the development of policies and programs.

Methodological Highlights

What Gets Counted

The CIS collects information on cases of maltreatment that are reported to and investigated by child welfare services, including cases of **substantiated**, **suspected** and **unsubstantiated** maltreatment. Since the incidence rates of child maltreatment in Canada are based on maltreatment cases that have been substantiated, it is important to understand the difference between these terms (see box).

The Issue of Under-Reporting

Because some cases are not included in the study, the rates of substantiated maltreatment reported by the CIS are generally considered to be underestimates of the true incidence of maltreatment in the child population.

What Is Substantiated?

Substantiated maltreatment refers to cases in which there is enough evidence for the social worker to conclude that abuse or neglect occurred. For example, emotional maltreatment would be substantiated if the police laid charges of domestic violence that took place while the children were present.

Maltreatment is **suspected** when there is insufficient evidence to conclude that maltreatment occurred, but it appears likely. Consider the situation where a school calls social services to refer a child who arrived crying with a mark on his face, saying that his father was angry and had yelled at him. Upon investigation, the parent's and child's account of what happened are plausible, although not entirely convincing.

Where there is enough evidence to conclude that maltreatment did not occur, the case is **unsubstantiated**. For example, a neighbour calls to report that young children have been left unsupervised and are dirty, and that there is no food or heat in the house. Upon investigation, the worker discovers that the children are, in fact, supervised and well cared for.

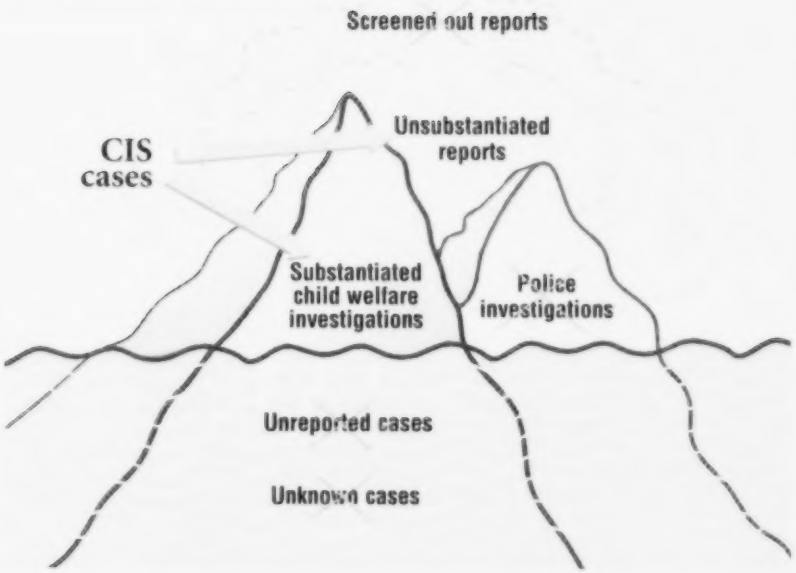
For example, as illustrated in Figure 2, the CIS *does not* include:

- new reports on cases already opened by child welfare
- reports that have been "screened out" (i.e., referrals where there is not enough information to identify the family, such as an unidentified woman hitting her child in a grocery store parking lot)
- maltreatment investigations known only to the police (e.g., a case of domestic violence in a family with children where the police did not notify the child welfare agency)
- unknown and known cases of maltreatment that are unreported (e.g., a priest who knows that a child is being neglected but provides support for the family within the church instead of notifying child services)

Sampling

The first cycle of CIS data collection conducted in 1998 (CIS-1998) summarized data from 51 sites across the country — including 3 Aboriginal sites — on 7,672 child maltreatment investigations. Data for the second cycle (CIS-2003) were collected at 68 sites across

Figure 2:



Canada, including 10 Aboriginal sites. It is estimated that the CIS-2003 will include information on more than 10,000 child maltreatment investigations.

Sampling is carried out in several stages and involves both site and case selection. First, sites are randomly selected from a list of all child welfare agencies in Canada. The list is stratified by province or territory and Aboriginal status. These sites are recruited and those declining to participate are replaced by randomly selecting sites from the remaining pool.

Cases in participating sites are selected if they were opened within a three-month data collection period (between October 1 and December 31, 2003, for CIS-2003) and if they were investigated for child maltreatment. Notably, the CIS has developed operational definitions to overcome different administrative practices and child protection legislation. As a final step, the data are weighted in order to arrive at national annual incidence rates.

One of the strengths of the CIS is that the data are collected directly from child welfare workers using a standard set of definitions. This avoids some of the problems of missing data and intra-jurisdictional differences that limit the utility of officially reported service statistics.

Data Collection

At each site, child welfare workers conducting maltreatment investigations are trained to fill out a three-page data collection form. The questionnaire gathers information on the source of the referral, the age and sex of all the children living in the home, the caregivers, the household, child functioning issues, and the type, duration and severity of maltreatment. The CIS data set contains no personal identifiers.

Strengths and Limitations

One of the strengths of the CIS is that the data are collected directly from child welfare workers using a standard set of definitions. This avoids some of the problems of missing data and intra-jurisdictional differences that limit the utility of officially reported service statistics. However, the methodology does not provide long-term follow-up on study cases. Moreover, because CIS data are national in scope, they cannot be used to evaluate the effectiveness of specific regional programs or to make provincial or territorial comparisons. However, provinces and territories are given the option to oversample and those that do so can compare their results to the national estimates.

The CIS in Practice

As a cyclical study, the CIS allows for estimation of trends over time and supports evidence-based approaches to prevention and intervention. The knowledge generated may be applied to practice, research, and program and policy development and evaluation. As the article on page 24 illustrates, findings from the study have played a key role in shaping a major change in the organization of child welfare services, as well as policy debates about child neglect and exposure to domestic violence.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

The Scope of Child Maltreatment in Canada

Lil Tonmyr, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, and*
Lesley Doering, *Division of Childhood and Adolescence, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada*

The factors that contribute to child maltreatment are complex. This article examines the scope of child maltreatment in Canada and explores the risk factors that increase the likelihood of a child being maltreated.

Introduction

As discussed in previous articles, the *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS)[1] provides the first national-level estimates of child maltreatment in Canada. These estimates, together with data from other sources, are helping to define the scope of the problem and establish the broad range of contributing factors.

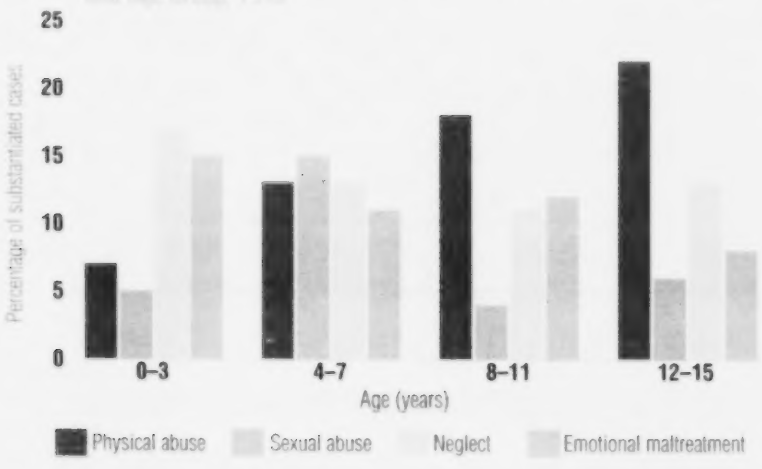
Incidence

In child welfare terminology, **incidence** refers to the number of new cases of child maltreatment that are reported to child protection agencies in a single year. In 1998, an estimated 135,573 child maltreatment investigations were carried out across the country, representing 2.2 percent of Canadian children aged 0–15 years. Of these investigations, 45 percent were substantiated cases, distributed as follows into the four major maltreatment categories: neglect (40 percent); physical abuse (31 percent); emotional maltreatment (19 percent); and sexual abuse (10 percent).[1] While fifty-one percent of substantiated cases involved boys and 49 percent involved girls, Figures 1 and 2 show that the type of maltreatment varies by sex and age.

Because the incidence rates of child maltreatment are based on official reports of maltreatment by child protection agencies, they tend to underestimate the actual occurrence of abuse. There are a number of reasons for this:[2]

- many children who experience abuse are not known to police or child welfare agencies
- children may be reluctant to come forward for fear they will not be believed or will be stigmatized
- children are dependent, which makes them vulnerable to intimidation
- children often blame themselves for the abuse and may link disclosure with negative consequences, such as family break-up or being put into care
- adolescents may not want their parents to know they are being abused for fear their activities will be restricted

Figure 1: Substantiated Maltreatment among Boys, by Type of Maltreatment and Age Group, 1998



Source: Adapted from Trocmé et al., 2001.[1]

- there is a prevailing view that family life is a private matter and the public is reluctant to interfere
- professionals may not recognize and/or report child maltreatment

Prevalence

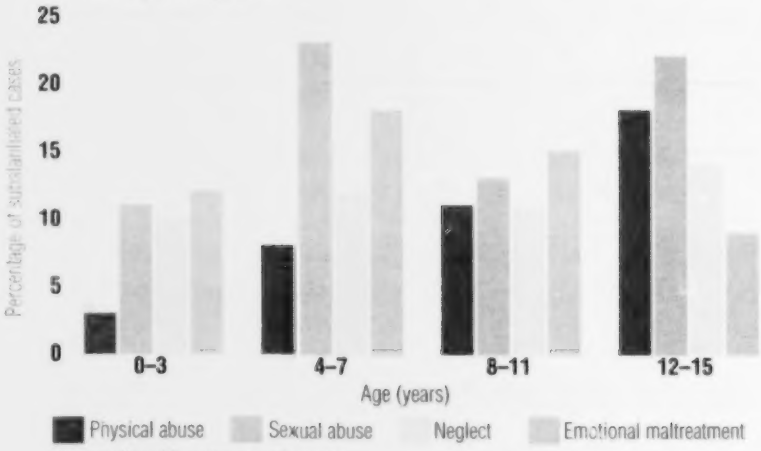
Prevalence refers to the proportion of the population that were maltreated as children. While such data are not available at the national level, data from an Ontario community survey (n=9,953, 15–64 years old) suggest that a history of being physically and/or sexually abused while growing up is common. Child physical abuse was reported more often by males (31.2 percent) than females (21.1 percent), whereas child sexual abuse was more common among females (12.8 percent) than males (4.3 percent).[3] Respondents were also asked if they had been in contact with child welfare services as a child. Only a small proportion of respondents who were exposed to physical abuse (5.1 percent) or sexual abuse (8.7 percent) reported contact with a child welfare agency,[4] suggesting a high prevalence of unreported cases.

Trends

Although national trend data are not yet available, two Ontario studies give an indication of changes in child maltreatment over time. The *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* was conducted in 1993 and 1998, when Ontario oversampled the CIS in order to obtain provincial estimates.[5] Over this five-year period, the total number of child maltreatment cases investigated rose from an estimated 44,900 to 64,888, an increase of 44 percent. The proportion of substantiated cases among all children aged 0–15 rose from 0.6 percent in 1993 to 1.0 percent in 1998, a statistically significant increase.

Figure 3, which compares the estimated number of substantiated maltreatment investigations in Ontario in 1993 and 1998 for the four maltreatment categories, shows a dramatic increase in the reporting of physical abuse over this period. Analysis suggests that the increase was largely driven by an increase in cases of

Figure 2: Substantiated Maltreatment among Girls, by Type of Maltreatment and Age Group, 1998



Source: Adapted from Trocmé et al., 2001.[1]

Focus on Aboriginal Children

Currently, there are no national data on the scope of child maltreatment among Aboriginal people in Canada. However, the first cycle of the CIS included three Aboriginal child welfare sites and an exploratory analysis of the data has been conducted by representatives of the First Nations Child & Family Caring Society of Canada (see *Who's Doing What?* on page 28). The results suggest that Aboriginal children are more likely than non-Aboriginal children to be reported to child welfare agencies and that neglect is the primary form of child maltreatment in this group.[6]

As mentioned in the previous article (page 9), the number of participating Aboriginal child welfare sites was increased for the second cycle of CIS and it is anticipated that more Aboriginal researchers will analyze these data. If the Aboriginal component of the CIS is to be enhanced, a number of conditions need to be met: strengthened support for Aboriginal-specific research using the CIS; further development of partnerships with Aboriginal child welfare agencies; and improved coordination of federal government efforts across departments serving Aboriginal communities.

inappropriate punishment. This may reflect a true increase in the occurrence of inappropriate physical punishment or, more likely, a change in society's tolerance of any type of physical punishment of children, leading to more reports to child welfare. Although estimates of sexual abuse decreased during this time, the data should be interpreted carefully. While similar trends have been reported in the United States, it is not known whether the decline is due to less willingness to disclose abuse or to more effective policies and programs that prevent sexual abuse.

A major concern is the rising incidence of emotional abuse and neglect. The increase in emotional abuse is largely driven by the recent inclusion of exposure to domestic violence as grounds for investigating emotional abuse. However, this highlights the importance of developing programs that deal with the consequences of family conflict for both children and caregivers. The increasing incidence of reported neglect may be driven by enhanced awareness of the detrimental effects of neglect.

Why Are Some Children at Greater Risk than Others?

The factors that contribute to child maltreatment are complex and deeply rooted in the family, community, workplace and broader social systems. To understand child maltreatment, one must examine the influences of the broader physical, social and economic determinants of health and identify the factors that increase the likelihood or risk of maltreatment. In this context, the term "risk factor" may be applied to any variable — whether related to the child, parent or larger society — that is associated with the increased likelihood of a child being maltreated. Since the majority of the research to date has focused on women as the primary caregivers, maternal risk factors such as maternal youth and low education levels have been more fully investigated than paternal risk factors, which require further attention. Previous experience of child maltreatment can also be a risk factor for further maltreatment. For instance, child sexual abuse typically does not occur in isolation; it is common for other problems to occur, including additional types of maltreatment.[7]

To understand child maltreatment, one must examine the influences of the broader physical, social and economic determinants of health and identify the factors that increase the likelihood or risk of maltreatment.

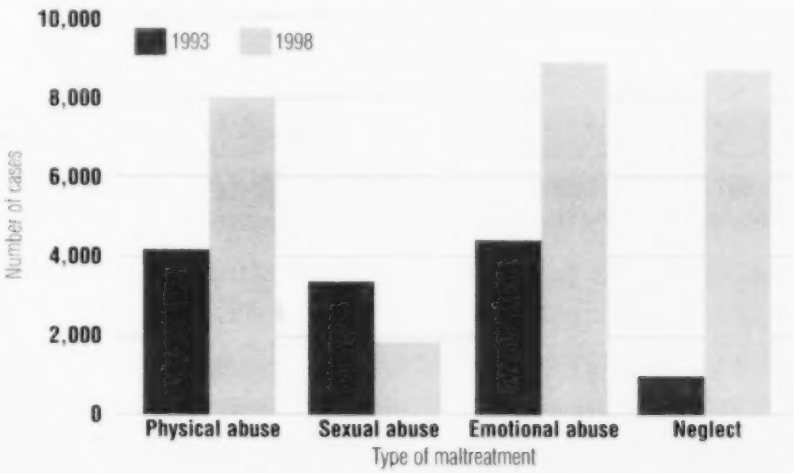
Research shows that risk factors may differ, depending on the particular form of child abuse. However, there are also variations in the availability of data linking specific forms of child maltreatment with specific risk factors.*

Physical Abuse

The evidence base on risk indicators associated with physical abuse is more extensive than for other forms of maltreatment. This may be because many of the risk factors for physical abuse are demographic variables and, therefore, are more easily identified than other types of variables. Risk factors for physical abuse include:[7]

**The information in this article about risk indicators for physical and sexual abuse is drawn from a cross-sectional community sample. Information for risk indicators for neglect is taken from a prospective longitudinal study of officially recorded and self-reported child maltreatment in the U.S. Information on risk factors for emotional abuse is drawn from reported cases to child welfare in Québec.*

Figure 3: Incidence of Substantiated Maltreatment, by Type of Maltreatment, Ontario, 1993 and 1998



Child factors
- male sex

Parental factors
- maternal youth, psychiatric impairment and low education
- lack of attendance at prenatal classes
- single-parent status
- childhood experience of physical abuse, substance abuse
- spousal violence
- unplanned pregnancy or negative parental attitude toward pregnancy
- social isolation or lack of social support
- low religious attendance

Social factors
- low socioeconomic status
- large family size
- recent life stressors

Sexual Abuse

Few indicators for sexual abuse have been identified and they are generally non-specific. For example, sex of the child is an identified risk factor for sexual abuse, with girls being at increased risk. Other risk factors for sexual abuse are:[7]

Child factors
- female sex

Parental factors
- living in a family without a biological parent
- poor relationships between parents, poor relationships between parents and children
- presence of a stepfather

Emotional Abuse and Neglect

Although there is limited information on the risk factors associated with **emotional abuse**, a number of parental and social factors have been identified, including:[8]

Parental factors
- history of childhood maltreatment
- spousal violence
- separation/divorce
- history of substance abuse
- blended family

Social factors
- low socioeconomic status

A greater number of risk factors have been identified for **neglect**:[9]

Child factors
- anxious/withdrawn early childhood
- low child verbal IQ

Parental factors
- parental sociopathy, psychopathology, conflict
- poor marital quality
- substance abuse
- low parental involvement and warmth
- early separation from mother
- maternal youth, alienation, anger, dissatisfaction, external locus of control, hostility, low self-esteem, serious illness
- single-parent status

Social factors
- low socioeconomic status
- large family size

Evidence of Correlation not Causation

Because most of the research on child maltreatment is based on retrospective accounts, the risk factors that have been identified should be regarded as correlates rather than the causes of maltreatment. As Kraemer and colleagues point out, understanding the causes of child maltreatment requires a focused search for causal risk factors (variable risk factors that can change the risk of outcome).[10] Consequently, it has been proposed that only longitudinal studies gathering information prospectively will determine which of the factors are indicators and, more importantly, causal risk factors (see *Using Canada's Health Data*, page 32). Although longitudinal data are preferable, cross-sectional data also provide useful information. For instance, the observed links between neglect, physical and emotional maltreatment, and poverty merit further attention in policies and programs.

A Final Note

Once the risk factors for child maltreatment have been identified, one must consider the question, "Why do some children exposed to one or more types of maltreatment experience long-term harm when others do not?" As the following articles suggest, understanding resilience to child maltreatment is critical for the development of appropriate intervention strategies.[11]

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

Substance Abuse and Child Maltreatment

Christine Wekerle, Ph.D., *University of Western Ontario*, **Anne-Marie Wall, Ph.D.**, *York University*, **Nico Trocmé, Ph.D.**, *University of Toronto, and* **Eman Leung, M.A.**, *Centre for Addiction and Mental Health.* *This article is based on research commissioned by the Healthy Environments and Consumer Safety Branch (HECSB) of Health Canada. The authors acknowledge the input and support of Stéphane Racine, M.Sc., Drug Strategy and Controlled Substances Programme, HECSB.*

While parental substance abuse alone does not constitute child maltreatment, there are a number of situations in which maltreatment and substance abuse intersect. A secondary analysis of the* Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect *(CIS) recently examined the association between confirmed caregiver substance abuse and substantiated cases of child maltreatment. This article illustrates the complexity of the factors contributing to child maltreatment and shows how CIS research has contributed to a better understanding of these interactions.

Introduction

There are myriad situations where child maltreatment and parental substance abuse intersect. While caregiver substance abuse is not considered maltreatment, it can compromise parenting capacity and quality. In fact, there is growing evidence that children being raised in homes where adult substance abuse exists are at a higher risk of maltreatment.[1] Maltreatment may occur as a result of depleted household budgets, parental abandonment for hours or days, reduced emotional and physical availability and cognitive capacity on the part of the caregiver, and exposure to criminal activity, harmful substances or potentially dangerous adults.

Data on Caregiver Substance Abuse

The CIS[2] provides an empirical starting point for studying the relationship between child maltreatment and parental substance abuse of alcohol and other drugs. Health Canada recently commissioned a secondary analysis of CIS data on caregiver substance abuse to identify the points of intersection between caregiver substance abuse, the nature of the maltreatment, family characteristics and case outcomes. Substance abuse was rated by caseworkers as "confirmed" if it had been diagnosed, observed by the worker or disclosed by the caregiver. Alcohol abuse was defined as "use of alcohol that poses a problem for the household," and drug abuse was defined as "abuse of prescription drugs, illegal drugs, or other substances."

The analysis found that a substantial subpopulation of adults involved in child welfare cases (15 percent) had confirmed substance abuse problems. More than half (59 percent) of this subpopulation were women. Both female and male caregivers were 1.5 times more likely to be in the 26 to 30 age group.

Compared to CIS cases involving caregivers who were not rated as abusing substances, cases involving caregivers with confirmed substance abuse were:

- one-and-a half times more likely for the report to be a repeated referral on that child, and nearly three times more likely for the family to have been reported before overall, including on other children
- more than three times more likely for the report to be considered by workers to be a longer term case, and over five times more likely for the case to move towards an application to child welfare court

These data suggest that families with substance abuse problems are more likely to be repeat users of child welfare services and that parenting concerns appear to be ongoing. This is not surprising given the context of substance abuse, where recovery from chronic use is challenging and relapse is not atypical.[1]

About Caregivers with Substance Abuse

Based on the CIS data, caregivers with confirmed substance abuse experienced significantly more personal and socioeconomic disadvantages, and less residential stability and security than those who were not rated as confirmed substance abusers. For example, among substance abusing caregivers, there was a higher likelihood of maltreatment while growing up, more mental and physical health problems, lower household education and income levels, and a higher incidence of unsafe and temporary housing. To better isolate the relationship between caregiver substance abuse and type of child maltreatment, these parental and demographic factors need to be controlled in statistical analyses, along with the age and sex of the child. Thus, while child abuse and neglect are associated with a variety of contextual and child-related factors, this article focuses on the substance abuse-maltreatment link.

Neglect and Emotional Abuse

Adult substance abuse, whether by the caregiver or other adults with access to the child, may be related to all types of maltreatment — physical abuse, sexual abuse, emotional maltreatment and neglect. The data demonstrate that there is a significant relationship between caregiver substance abuse and specific types of child maltreatment, when the age and sex of the child and parental and demographic factors are statistically controlled.

As Figure 1 shows, significant relationships emerged between confirmed caregiver substance abuse and sexual and emotional abuse and neglect, but not with physical abuse. Most striking were the findings for emotional abuse and neglect as being elevated for caregivers with confirmed substance abuse. Also, caregiver substance abuse was linked to a lower likelihood of sexual abuse (65 percent decrease). However, it should be recognized that for many sexual abuse cases where child protection is not at issue, such cases may be directed to the police rather than child welfare authorities. When comparing across different family structures, substantiated sexual abuse was more likely to occur in single male homes where substance abuse was confirmed.

Specifically, the risk of substantiated neglect was more than 1.5 times higher in families with substance abusing caregivers than in other families in the CIS. Across all cases, neglect was most likely to be committed by a couple with one biological parent and one step-parent. However, when substance abuse was a concern, neglect tended to be more

Figure 1: Increase/Decrease in Risk for Maltreatment Associated with Caregiver Substance Abuse, by Type of Maltreatment

Age and sex of the child plus the caregiver's characteristics were controlled in the statistical analysis. *p<0.05.
CI — confidence interval (95%). OR — odds ratio.

likely to occur in households with a lone female caregiver. This suggests that these latter families may require greater support in providing adequate care for their children when receiving treatment for parental substance abuse.

The risk of emotional abuse, including witnessing domestic violence, was 61 percent greater in families with substance abuse problems. This finding is consistent with research that points to a substantial overlap between adult substance abuse and domestic violence.[1,3] Emotional abuse was most likely to be committed by a biological parent and a step-parent together, a finding that held true in cases where substance abuse was a concern.

Caregivers in the child welfare system with confirmed substance abuse problems seem more vulnerable to neglect and emotional maltreatment of their children.

One pressing question that has yet to be answered concerns the delivery of services. Knowing the high risk of relapse, what is the best way to provide collaborative and coordinated services? There is a need to consider models where services across child welfare, battered women's shelters, police services, substance abuse treatment, community supports and parent training programs are synchronized to bolster long-term recovery from chemical dependency. The substance abuse treatment field has not reached a consensus on how to intervene effectively to achieve adult treatment gains for both substance abuse and violence.[1] However, earlier intervention is strongly indicated, given the adverse effects of accumulated and chronic trauma on developing brain structure and function.[3,4]

What We Have Learned

Caregivers in the child welfare system with confirmed substance abuse problems seem more vulnerable to neglect and emotional maltreatment of their children. Effective treatment of adult substance abuse is an ongoing challenge and, once abusive behaviours have become part of the parenting repertoire, these parents may be at risk for continued problem parenting.[1,5] Although only a minority (15 percent) of reported maltreatment cases involve confirmed caregiver substance abuse, these parents are at higher risk for re-referral to child welfare.[5] Their teen children are more likely to have low educational attainment levels and are at least four times more likely to have psychiatric problems, including depression, substance abuse and antisocial behaviour.[6]

Since parental substance abuse and domestic violence are predictors of re-referral to child welfare,[7,8] the results of the present analysis highlight the need for research on routine substance abuse screening of caregivers in child welfare investigations. Although not developed specifically for individuals involved in child welfare, a number of reliable and valid screening measures are available.[9] As is the case with most professional health groups, the child welfare field lacks substance abuse training. In addition to assessment and training directions, these analyses highlight the prevention of child maltreatment and substance abuse as critical strategies.

The Way Forward

An integrated, national research agenda on child maltreatment that pairs scientific and community leadership is needed as a basis for establishing empirically-based, multi-targeted services. Ongoing monitoring and quality assurance of such services is an essential goal for child welfare research, as is a demonstration of their impact on healthy functioning and violence prevention. Important initiatives, such as a national database and the longitudinal follow-up of child welfare clients, are required to better assess the prevalence and trends over time of substance abuse problems among child welfare clients. A critical target as well are effective collaborative service delivery models that meet the needs of multiproblem families presenting to child welfare.

With a national network, there are increased opportunities to integrate research knowledge that was previously fragmented by discipline, type of abuse, subpopulation, and service and policy activity. Moreover, it is likely that a coordinated, evidenced-based approach that responds to the needs of vulnerable families will maximize opportunities for all child welfare clients, including those who are substance abusing, and yield demonstrable individual, systemic, societal and socio-economic gains.

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-drea>.

Maltreatment **Outcomes:** *Immediate and Long-Term*

Richard De Marco, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, and* **Jennifer Phelan**, *Community Acquired Infections Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, Health Canada*

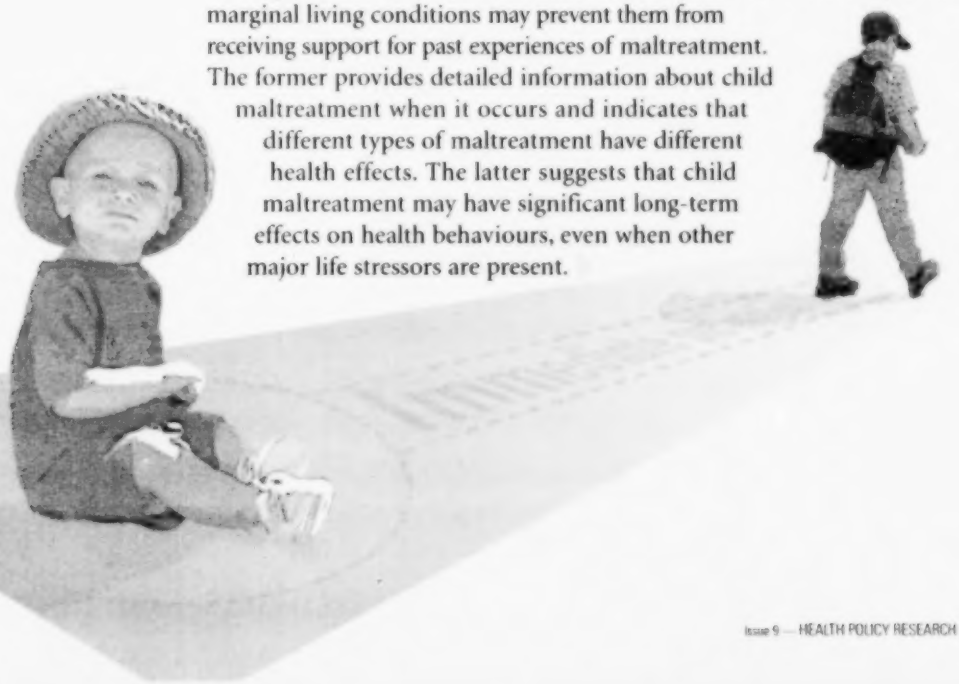
Child maltreatment can have serious consequences for the long-term health and well-being of individual children, families and the larger community. This article explores the immediate and long-term physical, emotional and behavioural outcomes of child maltreatment by presenting the results from two national level Health Canada data sources on children and youth.

Two National Data Sources

A large body of international research shows that child maltreatment has both immediate and long-term detrimental effects on the health and well-being of those affected. These include psychological distress[1,2] and suicide[3] among sexually abused children, and physical injury, such as bruises and cuts, among physically abused children.[4] Risky behaviours, such as drug use and unprotected sexual activity, can also result from maltreatment.[5]

Two Health Canada data sources provide important information about the maltreatment of children and youth. The *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) collects incidence data on a sample of investigated maltreatment cases from all 13 provinces and territories, while the *Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth* (ESCSY) is a national, multicentre, cross-sectional surveillance of Canadian street youth. While the primary purpose of the ESCSY is to provide information on sexually transmitted infections (STIs) and risk behaviours, it also gathers information on maltreatment experienced at home and on the street (e.g., sexual exploitation).

These sources present a unique opportunity for studying maltreatment in two different groups — the CIS focuses on children who have been officially investigated as a result of maltreatment, while the ESCSY follows youth whose marginal living conditions may prevent them from receiving support for past experiences of maltreatment. The former provides detailed information about child maltreatment when it occurs and indicates that different types of maltreatment have different health effects. The latter suggests that child maltreatment may have significant long-term effects on health behaviours, even when other major life stressors are present.



Methodology Highlights

Following is a brief description of the outcome measures of interest in the CIS. A more complete description of the CIS survey methods is presented on page 10.

- **Harm resulting from maltreatment** is measured as both physical harm (i.e., injury) and emotional harm. Both are assessed by social workers at the time of the investigation and are reported if they are suspected or known to be caused by maltreatment. Clinical corroboration of harm is not part of the study.
- **Physical injury** consists of the following: bruises/cuts/scrapes, burns and scalds, broken bones, head trauma and other injuries. The CIS also includes information about whether medical treatment was sought for the injury.
- **Emotional harm** is more difficult to assess. Case workers note any changes they observe in the child's development (e.g., regression or withdrawal), self-regulation (e.g., sleep patterns or elimination) or emotions (e.g., crying). Severity is determined by whether any of these changes required therapeutic intervention.

The ESCSY is based on a convenience sample of 1,733 youth aged 15 to 24 years who were recruited from drop-in centres in seven major cities across Canada. There have been four cycles of the study — this analysis uses data from Cycle 2, which collected data from February to October of 1999. To obtain the data, public health nurses administered a 24-page questionnaire that includes items on sexual activity, STIs, substance use and living conditions, among others. For the purpose of this article, maltreated street youth are defined as those who cited emotional, physical or sexual abuse as a reason for leaving home. It is important to note that street youth face a number of unique challenges and that the findings cannot be extrapolated to all children in Canada.

More than three-fifths (62 percent) of the sample were male and the average age was approximately 19 years. With respect to ethnicity, more than a quarter (28 percent) of youth identified themselves as Aboriginal.

For clarity, a comparison of the two surveillance systems is presented in Table 1.

Immediate Outcomes: The CIS

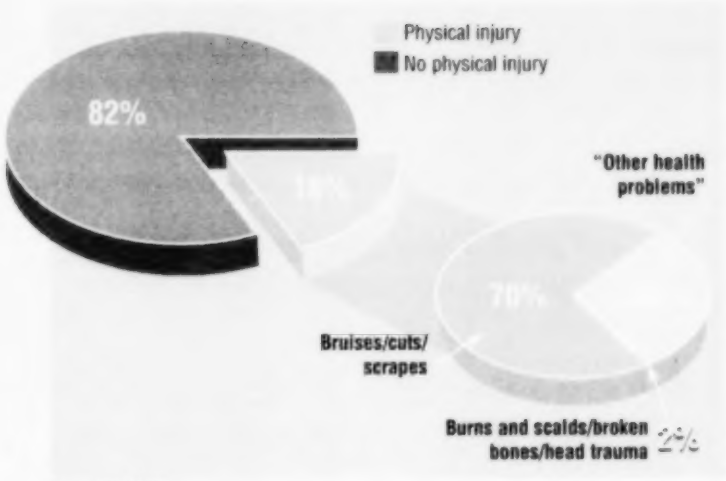
Physical Injury

The CIS provides information on observed injuries and emotional distress in a sample of child maltreatment investigations. Some type of physical injury was evident to social workers in 18 percent of the substantiated cases. Injuries were noted in 44 percent of substantiated cases of physical abuse. In addition, injuries were noted in

Table 1: CIS and ESCSY — A Comparison

CIS, 1998 (n=7,672)	ESCSY, 1999 (n=1,733)
• random sample of new child maltreatment investigations by child welfare authorities (not including investigations by other authorities, such as police and hospital reports)	• nurse-administered questionnaire on STIs, risk behaviours and past maltreatment; snowball sampling (recruiting peers) from street youth "drop-in" centres
• children and youth aged 0 to 15 years	• youth aged 15 to 24 years
• nationally representative sample (13 provinces/territories, stratified sampling)	• seven large urban centres (Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa and Halifax)
• includes measures for physical, sexual and emotional abuse, and neglect; also includes maltreatment correlates (child, family and perpetrator characteristics) and outcomes of child maltreatment (such as physical and emotional harm)	• includes measures for physical, sexual and emotional abuse, as well as sociodemographic information, and data on family characteristics and living situation, interactions with social support and legal systems, sexual history and practices, substance use and emotional well-being, among others
• repeated at regular intervals (every five years)	• repeated at regular intervals (every two years)

Figure 1: Immediate Physical Injury among Substantiated Cases of Child Maltreatment, 1998



Source: CIS, 1998.

other forms of abuse — specifically, neglect (10 percent), sexual abuse (8 percent) and emotional maltreatment (1 percent).[6] As shown in Figure 1, the two most common types of injury among substantiated cases of child maltreatment were bruises/cuts/scrapes (approximately 70 percent of all cases with a physical injury), followed by "other health problems"* (about 28 percent of all physical injury cases). Medical treatment was required in approximately 24 percent of the substantiated cases of maltreatment in which an injury was noted.

Emotional Harm

Emotional harm is more common than physical injury among substantiated cases of maltreatment. Figure 2 shows the proportion of young people in each category of child maltreatment that experience emotional harm. Approximately 34 percent of substantiated cases suffered emotional harm. Emotional harm was most prevalent in cases of sexual abuse (47 percent); however, neglect, physical abuse and emotional maltreatment were also associated with emotional harm among both males and females. Treatment for emotional harm was required in 21 percent of substantiated cases.

*For example, untreated asthma or non-organic failure to thrive.

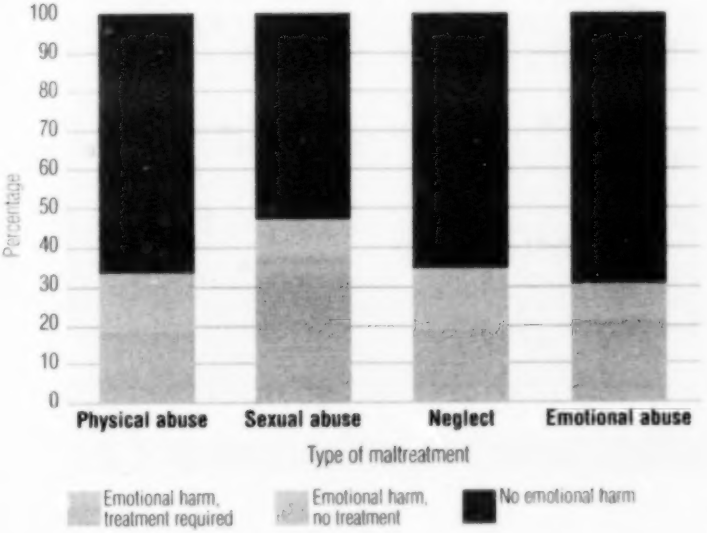
Overall, emotional harm appears to be a more common consequence of maltreatment than physical harm. However, it is important to note that these two types of harm are not mutually exclusive. In fact, approximately 8 percent of substantiated cases reported both physical and emotional harm.

Differences by Sex

Boys and girls tend to have different experiences of maltreatment. Although overall rates of child maltreatment are fairly equally divided between the sexes, data from the CIS indicate that more substantiated cases of physical abuse involve boys (60 percent), while girls make up the majority of sexual abuse cases (69 percent). Boys and girls experience neglect and emotional maltreatment with almost equal frequency.

The experience of physical and emotional harm also differs by sex. In general, physically and sexually abused girls are more likely to display signs of emotional harm than are boys, although the differences are not statistically significant (see Table 2). Similarly, physical harm is slightly more likely to occur among girls experiencing physical abuse or sexual abuse (see Table 3).

Figure 2: Child Maltreatment and Immediate Emotional Harm, by Type of Maltreatment and Need for Treatment, 1998



Source: CIS, 1998.

Table 2:

Percentage of substantiated cases where emotional harm is noted

	Physical abuse	Sexual abuse	Neglect	Emotional maltreatment
Female	37%	50%	36%	32%
Male	32%	42%	36%	31%

Table 3:

Percentage of substantiated cases where physical harm is noted

	Physical abuse	Sexual abuse	Neglect	Emotional maltreatment
Female	49%	9%	11%	—
Male	45%	—	12%	—

— Estimates small and not statistically reliable. *Source: CIS, 1998.*

Long-Term Outcomes: The ESCSY

Child maltreatment can also have long-term health outcomes that may be complex and far-reaching. The ESCSY provides an opportunity to examine the association between maltreatment and subsequent behaviours that put at risk the long-term health and well-being of a unique population of young people.

As Figure 3 shows, 28 percent (477) of street youth reported some form of abuse as a reason for leaving home. Twenty-two percent of street youth said they left because of emotional abuse, while physical abuse was cited by 17 percent and sexual abuse by 5 percent.

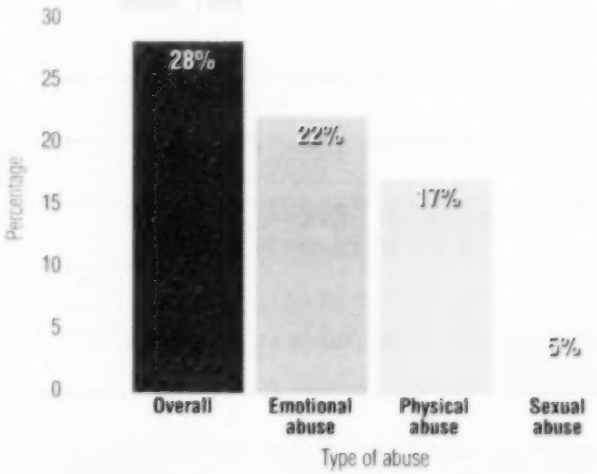
Analysis of ESCSY data shows that the experience of abuse — whether emotional, physical or sexual — is associated with a number of risk behaviours. For example, street youth who had been maltreated were significantly** more likely to have been told they had an STI than those who had not been maltreated (28 percent vs. 18 percent). Maltreated street youth also reported a significantly higher average number of lifetime partners than street youth who were not maltreated (34 partners vs. 16 partners). In addition, street youth who had experienced some form of abuse were significantly more likely to have traded sex at some point in their lives than those who had not (34 percent vs. 18 percent). Among the items most often traded were money (69 percent), drugs, alcohol or cigarettes (15 percent), and shelter (10 percent). Finally, maltreated street youth were significantly more likely to have injected drugs than non-maltreated street youth (26 percent vs. 18 percent). Physical, sexual and emotional abuse were, independently, significantly associated with injection drug use and trading sex.

Differences by Sex

Sex is an important factor in the study of street youth and risk behaviours. In this cycle of the ESCSY, the male-to-female ratio was 1.6:1. As shown in Figure 4, female street youth were significantly more likely than their male counterparts to report abuse — be it emotional, physical or sexual — as a reason for leaving home (34 percent vs. 24 percent).

Furthermore, female street youth were significantly more likely than males to report each specific type of abuse: emotional abuse (28 percent of females vs. 19 percent of males); physical abuse (22 percent vs. 14 percent); and sexual abuse (8 percent vs. 3 percent). The associations between a history of abuse and sex trade, injection drug use and average number of lifetime partners remained significant when analyzed for males and females separately.

Figure 3:



Source: ESCSY, 1999.

***All statistically significant relationships had a p-value less than 0.05.*

A Complex Relationship

The results from these two data sources provide insights into some of the immediate and long-term physical, emotional and behavioural health outcomes for Canadian children and youth who have been maltreated. Data from both sources indicate that common perceptions about the nature of child maltreatment require reassessment. While policy and media attention generally focuses on physical and sexual abuse, child neglect and emotional maltreatment are pervasive and potentially harmful.

The research shows that the relationship between child maltreatment and harm is complex and the consequences are not always obvious. As for many health issues, the relationship between a predisposing factor and an outcome is often affected by contextual factors. For example, whether a child who has been sexually abused experiences emotional harm often depends on the duration and type of the abusive act, the child's age and relationship to the perpetrator and whether the child has access to adequate social and emotional supports.[7] Moreover, harm does not necessarily occur immediately. Rather, it often exists in a complex interplay between stressors and protective factors, such as social support and self-esteem, that interact at different points during a person's life course. Understanding this complex relationship is the key to effective intervention and treatment.

Some Other Factors Likely Associated with Harm

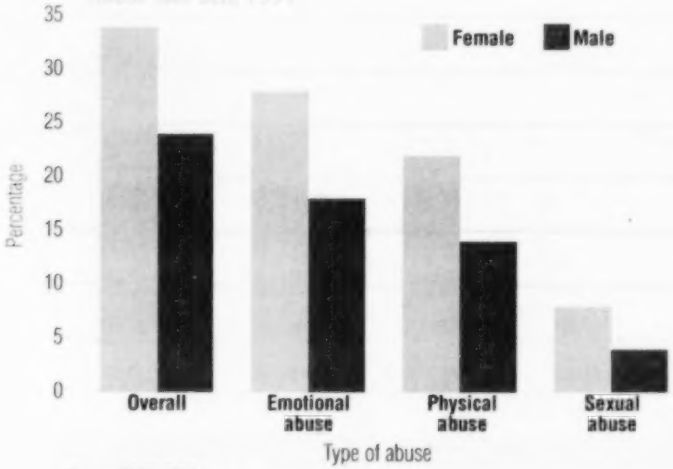
- duration and severity of maltreatment
- age and sex of child
- relationship to the perpetrator
- support from non-offending caregiver

Although important questions remain, the CIS and ESCSY are significant components in a comprehensive national surveillance strategy for child maltreatment. Both sources illustrate the negative consequences of physical, sexual and emotional abuse. In addition, the CIS demonstrates the negative health impact of child neglect. Effective intervention and prevention efforts need to take this into account.

Implications

The data give rise to a number of important policy and program implications. First, public health service providers need to take into account the maltreatment history of clients who live on the street. Street youth are at greater risk for engaging in unsafe behaviour, especially if they experienced maltreatment as a child. Therefore, youth assessments should include questions about abuse history. Once identified, these higher risk youth could be given extra guidance and support to help reduce their risky behaviours. Second, given that child maltreatment increases a person's risk for engaging in behaviours that can endanger his or her health, the findings underscore the need for increased vigilance in protecting children from abuse and neglect. In the case of street youth, early experiences of abuse significantly affect a number of important health outcomes, *even though* their current lifestyle is fraught with extreme difficulties and challenges. If the effects of child maltreatment are this far-reaching and potentially hazardous, clearly the issue needs to be emphasized in the context of public health policy. The information gathered in these two Health Canada data sources provides the basis for broader prevention efforts to be undertaken within a comprehensive public health framework.

Figure 4: Street Youth Who Left Home Due to Abuse, by Type of Abuse and Sex, 1999



Source: ESCSY, 1999.

The authors wish to acknowledge the contributions of Margaret Herbert, Cara Bowman and Michelle Wesley in the preparation of this article.

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

From Evidence to Action: *An Ongoing Journey*

Peter Dudding, *Executive Director, Child Welfare League of Canada, and*
Margaret Herbert, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada*

Child welfare legislation, policy and practice have been predominantly influenced by values and ideology, experience and resource availability. However, a growing body of evidence is beginning to provide a basis for policy and practice. This article examines the evolving evidence base, discusses the strengths and limitations of current data collection systems, and provides examples of the growing links between knowledge and action.

The Context for Change

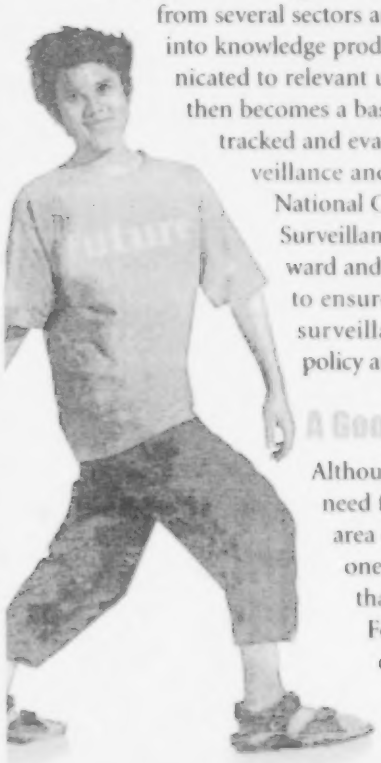
Historically, the child welfare community in Canada has had limited access to information derived from data collection, monitoring and evaluation activities. Consequently, change has often occurred without the benefit of a comprehensive understanding of the contextual factors and potential impacts that systematic surveillance and related research can provide. However, the situation is beginning to change. The *Canadian Incidence Study on Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) now provides a national reference point for those concerned with the protection and health of children. Although limited in scope, this national surveillance system supplies critical information that can support the efforts of those involved in child protection and child welfare services to improve the quality of life for vulnerable children.

In carrying out the CIS, Health Canada and its partners are making a key contribution in the development of an integrated and comprehensive system for monitoring child health and development in Canada. The relationships that have been established with provincial and territorial governments, civil society organizations, and professionals and researchers are critical in building a consensus on the development and application of Canadian data sources that will create a culture of "evidence to action."

The Challenge of Knowledge Mobilization

The current movement towards increased accountability in the development and delivery of child welfare services places greater emphasis on research, monitoring and evaluation. The surveillance systems and multidisciplinary research networks now being developed will generate knowledge needed to inform legislation, policy and practice. A critical step is ensuring that knowledge gets to those best placed to take action. To accomplish

this, passive dissemination methods must evolve into creative and interactive knowledge mobilization activities as described in Figure 1. In this model, information from several sectors and sources is integrated into knowledge products and actively communicated to relevant users. This knowledge then becomes a basis for actions that may be tracked and evaluated with further surveillance and research. The goal is a National Child Health and Welfare Surveillance System with both forward and backward feedback loops to ensure that monitoring and surveillance activities inform policy and practice, and vice versa.



A Good Starting Point

Although the CIS fills a unique need for current data in the area of child welfare, it is only one of many building blocks that need to be assembled. For example, information on unreported cases and occurrences that are directed to other services — such as the police and hospitals — is needed.

There are a number of other data collection activities focusing on the health and well-being of children that, combined with the CIS, can broaden understanding of these complex issues. The *Child and Family Services Statistical Report* (CFS), the *National Longitudinal Study on Children and Youth* (NLSCY), *Canadian Looking After Children* (CANLAC) and the *National Child Welfare Outcomes Matrix* (NOM) are potential sources of information about vulnerable children (see *Who's Doing What?* on page 28). Up to now, however, there has been limited research capacity for comparing the findings from these various sources.

There are challenges in moving from periodic, limited sampling methodologies (such as the CIS), to broader based systems, for example:

- There is limited comparability within and between provincial and territorial systems due to variations in case definitions, classification and collection of key variables. Moreover, significant investments are required to expand and enhance current systems.
- There is a risk of data collection overload for already "paper burdened" front-line staff.

- Limited capacity and the lack of clear frameworks impede the use of data within organizations.
- Reaching vulnerable child populations is difficult and costly.
- None of the large population health surveys gather information on abuse and neglect during childhood.

The capacity to compare data across national surveys and studies, and to disaggregate data for regional, provincial/territorial and local use needs to be further developed. This exchange of information across levels relies on sound documentation at the local level, common definitions and classification systems, and similar collection variables. Systems must also have meaning and purpose for multiple users and audiences. Data holdings in justice, law enforcement, education and health sectors will need to be linked and strengthened to better support trend and outcome analysis.

Linking Evidence and Action

Developing surveillance and research capacity is an ongoing process. As the following examples illustrate, however, findings from the CIS and other sources are already influencing policy and practice in a few key areas.

Increasing Focus on Neglect

Alberta is the first jurisdiction to initiate widespread changes in its child welfare system, based on knowledge derived from CIS data. In November 2001, the Alberta Children's Services Ministry began a transformational set of policy changes with implementation of the new "Alberta Response Model" (ARM) for child welfare services. ARM is based on the principle that protecting children, preventing maltreatment and strengthening families requires a continuum of services.[1]

CIS data provided information vital to the policy development process. For example, understanding that most child protection referrals are closed at intake or after initial assessment was crucial to the development of ARM's "differential response" approach. This new service model provides for both child protection and family enhancement service streams. The family enhancement stream offers a range of community-based services that are designed particularly to resolve problems associated with child neglect. As a result of its transition to ARM, the Ministry has committed to measuring outcomes, identifying the recurrence of maltreatment as a key indicator. Alberta is oversampling the CIS-2003 to ensure that child maltreatment data are available at the provincial level.

A number of other provinces and territories, including British Columbia, have expressed interest in similar models.

Meeting International Commitments

Following its ratification of the *United Nations Convention on the Rights of the Child* (CRC) in 1991, Canada provided two reports to the Committee on the Rights of the Child. In response, the Committee has recommended that "the State party strengthen and centralize its mechanism to compile and analyze systematically disaggregated data on all children under 18 [years]," specifically including abused and neglected children. Further, "the [UN] committee urges the State party to use the indicators developed and the data collected effectively for the formulation and evaluation of legislation, policies and programmes for resource allocation and for the implementation and monitoring of the Convention."

Canada recently released *A Canada Fit for Children*, which sets out National Action Plan goals to 2015. Senator Landon Pearson, Advisor on Children's Rights to the Minister of Foreign Affairs, underscored the value of the Plan: "*Canada's National Action Plan for Children* will reinforce the importance of a better integrated and more detailed data collection system, particularly with reference to the most vulnerable groups of children." The profile of child maltreatment provided by the CIS makes an important contribution in this area.

Changing Child Protection Practices

There is a prevailing view among the general public and in the child welfare community that paramount importance must be given to the prevention of fatalities and physical harm. As a result, it has been common practice to remove children from the custody of primary caregivers to alternate family or public care. However, the CIS findings indicate that physical harm requiring medical attention occurs in only 4 percent of substantiated cases.[2] These findings suggest that, in most cases, serious consideration should be given to options that do not disrupt the child's attachments. If data from the CIS-2003 and other sources continue to confirm a low incidence of cases involving physical harm, there may be a gradual shift in intervention practice towards

increased use of child and family support services that do not involve removing children. There is also a need to ensure that a thorough assessment of harm by appropriately trained staff occurs.

Promoting Healthy Child Development

Although Health Canada's most direct contribution to the prevention of child maltreatment continues to be the CIS and knowledge translation activities using surveillance and research data, the Department's national health promotion activities provide a broad backdrop of supports for children and families. Programs such as the Community Action Program for Children, the Aboriginal Head Start program and the Canada Prenatal Nutrition Program, as well as supports like the Child Tax Credit, reflect the federal government's child-oriented policies on child development, family life, parenting, community development and public education.

The Department also conducts ongoing tracking and evaluation of collective efforts at the national level and works to increase awareness and understanding of health promotion and child maltreatment among professionals and the general public. These activities support and complement other efforts at federal, provincial, territorial and local levels in the areas of health promotion, child protection and family services.

Improving Knowledge Translation

As part of the CIS training process for data collection, regionally-based research teams meet with hundreds of front-line child welfare workers in selected sites across Canada to discuss the survey's research methodology, purpose and potential uses. One important but unanticipated consequence of this work has been the high level of interest generated among these groups. This participatory training has resulted in much greater awareness of and interest in using data from the CIS for program and practice development at the local level — in fact creating a culture of evidence-based policy and practice development.

Moving forward on our commitments to Canadian children requires investments in the design and development of appropriate data collection, analysis and reporting systems. However, the goal of "evidence to action" will not be achieved with the development of data collection systems alone. Equally important is the need to build capacity in data analysis, interpretation, synthesis and knowledge delivery. And, most importantly, partners from all concerned sectors must be willing to take action by using research-based evidence to advance policy and practice.

Moving Forward

The development of better integrated, comprehensive data collection and analysis systems is under way in Canada. Widespread support for the CIS in all provinces and territories is indicative of a growing interest in evidence-based policy and practice, and activities to enhance measurement and monitoring are encouraging. As well, the *Social Union Framework Agreement* provides leadership and commitment from federal, provincial and territorial governments, working in partnership with non-governmental organizations to enhance transparency and accountability through improved monitoring and reporting.

Moving forward on our commitments to Canadian children requires investments in the design and development of appropriate data collection, analysis and reporting systems. However, the goal of "evidence to action" will not be achieved with the development of data collection systems alone. Equally important is the need to build capacity in data analysis, interpretation, synthesis and knowledge delivery. And, most importantly, partners from all concerned sectors must be willing to take action by using research-based evidence to advance policy and practice.

@ *Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

Who's Doing What?

Who's Doing What? *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *that looks at key players involved in policy research related to the theme area. This article profiles a sample of initiatives by governmental and non-governmental organizations working in the area of child maltreatment.*

Tiffany Thornton, *Research Management and Dissemination Division, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada, and* **Lil Tonmyr**, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada*

On the National Front

Family Violence Initiative (FVI)

The FVI supports and complements activities across federal government departments, agencies and Crown Corporations. Health Canada is responsible for coordinating the FVI and managing the National Clearinghouse on Family Violence, which provides a comprehensive reference, referral and distribution service for information on family violence prevention, protection and treatment. For more information, visit: <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>.

Centre of Excellence for Child Welfare (CECW)

Health Canada's CECW encourages collaborative projects that integrate child maltreatment prevention and interventions across a variety of sectors, including health care, education, justice and recreation. The Centre recently released the results of a syndicated research study that collected baseline information through a national telephone survey. Entitled *Public Attitudes Toward Family Violence*, the report shows that Canadians define family violence in broad terms and that violence towards children, particularly under the age of 12, elicits the greatest concern. For a copy of this study and other research, visit: <http://www.cecw-cepb.ca/home.shtml>.

Canadian Centre for Justice Statistics (CCJS)

Family Violence in Canada: A Statistical Profile 2004 summarizes current data on the extent and nature of family violence. The focus of this annual report by CCJS is on sentencing in family violence cases, including those involving assaults against children and youth. The publication is aimed at helping policy makers identify emerging issues and monitor trends in family violence in Canada. For more information, visit: <http://www.statcan.ca>.

In the Non-Governmental Sector

Teen Moms in Care

This initiative by the National Youth in Care Network recommends improvements to child welfare policies by focusing on the stories and experiences of youth who are classified as children of the state. *Teen Moms in Care: A Policy, Research and Program Development Initiative* identifies interventions that provide adequate housing, education and employment, and explores measures that should be taken to support healthy choices for pregnant/parenting teens in the child welfare system. For more information, visit: <http://www.youthincare.ca>.

Caring Across Boundaries

The First Nations Child & Family Caring Society of Canada (FNCFCS) is a national, non-profit organization that provides research, policy and professional development support to First Nations child and family service agencies. A partner in the Centre of Excellence for Child Welfare, FNCFCS operates the First Nations research site in Winnipeg, Manitoba. It recently released a research report entitled *Caring Across the Boundaries* that explores the nature and extent of voluntary sector engagement with First Nations child and family service agencies. The research findings will be used to inform government, the voluntary sector and the philanthropic community. For more information, visit: <http://www.fncfcs.com/docs/index.html>.

Youth Relationship Project (YRP)

Adolescence is a key window for violence prevention and health promotion. The YRP provides support to young people by exploring their concept of relationships and helping them build positive relationship and coping skills. Early results from a randomized control trial conducted during a two-year follow-up period showed that youth who were involved in the project had fewer incidents of physical and emotional abuse with their partners and fewer symptoms of post-traumatic stress. Studying the effectiveness of YRP is ongoing with a recent focus on measuring co-occurring substance use during program intervention to assess any broader program effects. For more information, contact: <cwerkerle@uwo.ca>.

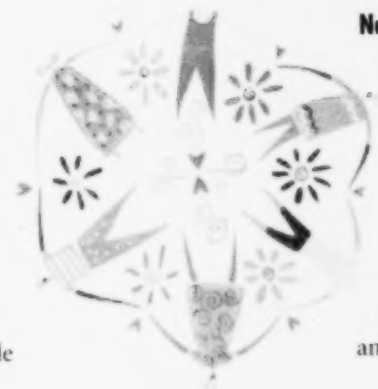
Maltreatment and Adolescent Pathways (MAP)

With funding support from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and the Canadian Alliance of Health Research, MAP is exploring the overlap between child maltreatment and adolescent risky behaviours, including the various moderators (e.g., attachment styles) and mediators (e.g., cognitive processes) that may affect these relationships. Specifically, the study examines substance abuse/use, dating violence, risky sexual behaviour and psychological/psychiatric problems in teenagers 14 to 17 years old who are involved with child welfare authorities. The results from MAP can be used to help tailor effective screening, assessment and prevention strategies, as well as support needs assessment and priority planning for youth who have been maltreated. For more information, visit: <http://www.cecw-cepb.ca/Research/ResearchStat.shtml>.

An International Perspective

U.S. Child and Adolescent Well-Being

The U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families is conducting a nationally representative longitudinal study about the well-being of children who come to the attention of child welfare agencies. The sample consists of 5,504 children (aged 0 to 14 years) from 97 child welfare agencies nationwide who were investigated by child protective services and 727 children who have been in foster care for approximately one year. For more information, visit: <http://www.acf.dhhs.gov/programs/core/ongoing_research/afc/wellbeing_intro.html>, or contact: <mbwebb@acf.hhs.gov>.



Data Collection Initiatives

Child and Family Services Statistical Report

The *Child and Family Services Statistical Report* of the Federal/Provincial Working Group on Child and Family Services Information (CIF) presents data obtained from provincial/territorial systems on a range of services provided to children who are under child protection, adopted or in care. However, a lack of common standards does not allow aggregation of CIF data to a national level or comparison across jurisdictions.

CWLC-LBEC

Looking After Children

Looking After Children (LAC) is a longitudinal study conducted by the Child Welfare League of Canada on children living in public (foster) care that collects data on child maltreatment and child development trajectories at the provincial/territorial level. It includes comparisons of key variables between the population of children in care and the general population of children as reported in the *National Longitudinal Study on Children and Youth*. The study is currently used by child welfare organizations in seven provinces and three territories (including First Nations organizations). For more information, visit: <http://www.cwlc.ca>.

National Outcome Measures Matrix

A Provincial/Territorial Outcomes Coordination Working Group is developing the capacity to measure and report on a National Outcome Measures Matrix on child welfare. Using several of the data sources described above, the Matrix will address the relationship between the recurrence of child maltreatment and serious injury or death.

Did You Know?

Did You Know? *is a regular column of the* Health Policy Research Bulletin *examining aspects of health information, data and research that may be subject to misconception. In this issue, we examine a number of misconceptions related to child maltreatment.*

Fact or Fiction?

Valérie Gaston, *Health Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada*

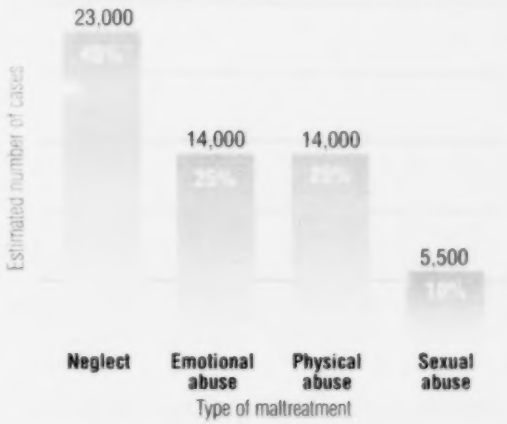
Unfortunately, the media often reports the most extreme cases of child maltreatment. The stories that grab national headlines are about, for example, parents renting their children for sex or children being locked in clothes dryers. These sensational stories are horrible indeed and, unfortunately, do occur. However, they are not the reality for most of the children coming into contact with the child welfare system.

The *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) is an important source of data that can help dispel many of the misconceptions held by the public and advanced by the media. As with stereotypes, these misconceptions can be harmful to both the maltreated children and to their families.

Most cases of child maltreatment involve sexual abuse. *Fact or fiction?*

As described in previous articles, CIS data have shown that, contrary to popular belief, neglect is the main form of maltreatment experienced by children. In 1998, 40 percent of all substantiated cases of child maltreatment involved neglect as the primary form of abuse. Sexual abuse accounted for only 10 percent of substantiated maltreatment cases (see Figure 1). It is important to bear in mind that this includes only cases of maltreatment substantiated by child welfare and therefore underestimates the total number of children abused and neglected during the year (see also the article on page 9).[1]

Figure 1: Estimated Cases of Substantiated Child Maltreatment, by Type of Maltreatment, 1998



Maltreatment is experienced differently depending on the child's age and sex. *Fact or fiction?*

- Sixty percent of substantiated **physical abuse** involves boys. The age group most affected among both boys and girls is teens between 12 and 15 years. Most often, physical abuse cases are single incidents involving inappropriate punishment.[2]
- Sixty-nine percent of substantiated **sexual abuse** involves girls. Most of the cases are girls between the ages of 4 and 7 years, and 12 and 15 years. The most commonly observed sexual abuse is fondling. Boys aged 4 to 7 years were three times more likely to experience sexual abuse than boys in any other age group.[2]
- The age and sex distribution for boys and girls is generally the same in cases of substantiated **neglect** and **emotional abuse**. Boys three years of age and younger are the most likely to experience neglect or emotional maltreatment.[2]
- Among girls, neglect seems to peak between the ages of 12 and 15 years, while girls between 4 and 7 years are the most affected in cases of emotional abuse. Failure to supervise leading to physical harm or risk of physical harm is the main subtype of substantiated neglect. (For example, a 5-year-old is playing alone on a second-storey balcony where there is a risk of falling, but the child does not actually fall.)[2]

Exposure to domestic violence is the main form of substantiated emotional abuse. *Fact or fiction?*

Exposure to domestic violence was a factor in over half the cases of substantiated emotional abuse. Specifically, the *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* showed an alarming increase of 770 percent in the number of cases of exposure to domestic violence between 1993 and 1998.[3] One of the main reasons for this increase is the introduction of a requirement in most provinces and

territories for police to report cases of domestic violence to child welfare authorities if there are children in the household.

Families on social assistance abuse their children more often than families not on social assistance. *Fact or fiction?*

Contrary to popular belief, the CIS data show that over half of the families in substantiated cases of child maltreatment derived their primary income from full- or part-time employment. Thirty-five percent relied on social assistance or some other form of benefit. However, it is important to bear in mind that full-time employment does *not* mean that the family is not living in poverty[2] (see also page 15).

Child maltreatment is a more serious problem in urban than rural areas. *Fact or fiction?*

A common belief is that city living has resulted in a breakdown in family values and increased rates of child maltreatment. However, a comparison of CIS data from large metropolitan agencies and agencies in rural areas paints a different picture. Of the total number of cases investigated, 39 percent were in large metropolitan areas, 24 percent were in rural settings and the remainder in mixed rural/urban areas (i.e., areas where agencies provide services within a wide population density range). About two fifths (39 percent) of the cases in large metropolitan areas were substantiated as maltreatment, compared to almost half (49 percent) of the investigations in rural settings (see Figure 2). Forty percent of investigations conducted in mixed rural/urban areas were substantiated.[1]

Fact

Fiction

A common belief is that city living has resulted in a breakdown in family values and increased rates of child maltreatment.

Biological parents are most likely to be the alleged perpetrators of abuse. *Fact or fiction?*

This is true across all maltreatment types, except for cases of sexual abuse. Although people typically envision an unknown sexual predator, the child generally knows the abuser. Most alleged perpetrators of sexual abuse were other relatives or non-relatives (a child's older peer, a family friend or other acquaintance, a babysitter, or a teacher or other professional).[2]

Many of the unsubstantiated cases of maltreatment are the result of malicious or false referrals. *Fact or fiction?*

Results show that most unsubstantiated referrals or reports are made in good faith. Unsubstantiated maltreatment does not equate with malicious referrals. In fact, of the 33 percent of the unsubstantiated cases only 4 percent were judged to be intentionally false and these were mainly from anonymous sources. Children sometimes falsely disclose abuse as well, although this does not happen often and mainly involves cases of physical abuse.[1]

Close to 60 percent of the referrals to child welfare agencies are made by professionals through their contact with children. School personnel are the greatest source of referrals, followed by police and health personnel. Non-professional referrals are primarily made by parents, relatives, friends and neighbours, or by the children themselves.

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Figure 2: Percentage of Substantiated Maltreatment Cases, by Urban/Rural Location, 1998

Using Canada's Health Data

Using Canada's Health Data *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *highlighting some of the methodologies used in collecting and analyzing health data. This issue focuses on the types of surveys and data files available.*

A Pocket Guide to Survey Data Files

Sylvie Moreau *and* **Chris Oster**, *Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada*

Researchers need to choose the most appropriate survey and microdata file for their research projects. Similarly, policy analysts must understand the strengths and limitations of the different surveys and microdata files used in policy research. The purpose of this article is to differentiate between the major types of surveys and provide some information about the microdata files that are available for each Statistics Canada survey.

Cross-Sectional or Longitudinal?

When starting a survey-based research project, researchers must decide whether to base their analysis on a cross-sectional or a longitudinal survey. Policy analysts also need to know which type of survey will provide data relevant to their particular policy questions.

Cross-Sectional Surveys

Most people think of a cross-sectional survey as a "conventional" survey. This type of survey is used to measure the state of the population at one specific point in time — the time at which the survey is carried out. The survey can be as simple as a one-question public opinion poll, or as complex as a national health survey such as Statistics Canada's *Canadian Community Health Survey*.[1]

A cross-sectional survey can estimate particular characteristics of a population (e.g., the smoking rate or the percentage of overweight people), while a series of cross-sectional surveys can be used to measure population trends.

Longitudinal Surveys

A longitudinal survey tracks a group of people (or sample) over a long period of time by surveying and re-surveying the same group of people over the life of the survey. Statistics Canada's *National Population Health Survey*, which surveys the same group of respondents every two years over a 20-year period, is one example of a longitudinal survey.

Because information on the individuals surveyed is available over a period of many years, longitudinal surveys are useful for measuring changes in individuals over time or for measuring an individual's so-called "life path." A longitudinal survey cannot estimate population characteristics or measure population trends over time because it only accurately reflects the entire population during its first cycle, when the sample was drawn.

Researchers need to choose the most appropriate survey and microdata file for their research projects. Similarly, policy analysts must understand the strengths and limitations of the different surveys and microdata files used in policy research.

Master, Public or Share File?

In addition to understanding the different types of surveys, policy analysts and researchers need to know about the various types of microdata files that are available for each survey. Statistics Canada produces up to three different data files per survey: the **Master File**, the **Public Use Microdata File** (PUMF) and the **Share File**.

Master File

The Master File is the complete data file containing all reported information for every survey respondent. It is only available on Statistics Canada premises and at Statistics Canada's Research Data Centres (RDCs). RDCs present an alternative for accessing the Master File if neither the Share File nor the PUMF are sufficient.

Public Use Microdata File

The PUMF is derived from the Master File but, as the name suggests, it is available for public use. In preparing the PUMF, Statistics Canada takes steps to ensure respondents' confidentiality, which could be jeopardized where populations are small (e.g., in northern regions), or where certain variables occur only rarely (e.g., younger respondents with Parkinson's Disease). In cases such as these, the variables are either collapsed (regrouped into a smaller number of categories) or suppressed. The PUMF contains exactly the same number of respondents or records as in the Master File, but has fewer variables (see Figure 1).

Share File

When collecting data, Statistics Canada asks respondents for permission to make their information available to its share partners (usually federal, provincial and territorial ministries). A Share File containing the records of all consenting respondents is then produced and provided to the partners. The Share File differs from the PUMF in two ways:

- it contains information about all the variables
- the sample is smaller (see Figure 1)

Partners such as Health Canada often use the Share File because there is no regrouping or suppression of variables, which allows policy researchers to explore specific topics in greater detail than does the PUMF. However, it is the partner's responsibility to ensure that individual respondents cannot be identified from the output. In addition, if the Share File sample is less than 85 percent of the Master File sample, the Share File should be used with caution as the data may not be representative of the whole population.

When collecting data, Statistics Canada asks respondents for permission to make their information available to its share partners (usually federal, provincial and territorial ministries). A Share File containing the records of all consenting respondents is then produced and provided to the partners.

Which Type of Data File is Appropriate?

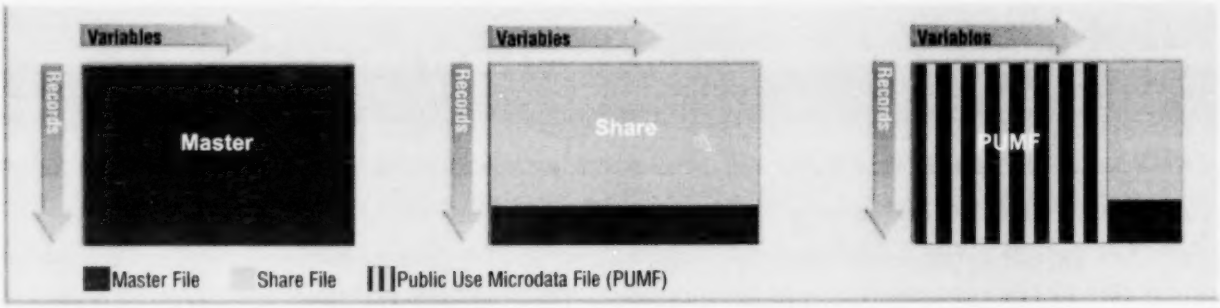
Researchers who are beginning a new project should first look at the PUMF because it has a larger sample than the Share File and individual respondents cannot be identified in the output. However, researchers should use the Share File if:

- the variables of interest have been collapsed or suppressed in the PUMF, or
- the variables are in the PUMF, but the statistical analysis requires specific estimates of the variance[2] (e.g., to calculate a confidence interval[3]), which cannot be done with the PUMF

It is important that policy analysts understand the differences between these files as well. For instance, analysts should know if there was manipulation of variables (as in the PUMF) or not (as with the Share File) before recommending policies based on specific research.

Please note: Full references are available in the electronic version of this issue of the Bulletin: <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Figure 1: Comparing Types of Data Files



New and Noteworthy

New and Noteworthy *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *highlighting "up and coming" policy research in the health field.*

Adapting to Climate Change

Health Canada's Climate Change and Health Office (CCHO) and the World Health Organization have jointly released *Methods of Assessing Human Health Vulnerability and Public Health Adaptation to Climate Change.* The publication identifies research approaches and methods appropriate for all levels of government that help assess the vulnerability of human health to climate change. It will also help other countries enhance their policy research knowledge base. A summary document is available from CCHO by contacting <climatinfo@hc-sc.gc.ca>. For more information, visit: <http://www.euro.who.int/globalchange>.

National Trauma Registry

The Canadian Institute for Health Information (CIHI) recently released the 2003 *National Trauma Registry Report: Major Injury in Canada,* which provides a descriptive analysis of patients hospitalized with major trauma in the 2001–2002 fiscal year. The results show that men accounted for 72 percent of all major traumas and 67 percent of all severe injuries due to motor vehicle collisions in Canada. The most common types of injuries are head injuries, followed by orthopaedic injuries, including fractures and/or amputations, and superficial injuries. For a copy of the release or to see the report itself, visit: <http://www.cihi.ca>.

Social and Economic Inclusion in Ontario

The Social and Economic Inclusion Initiative (SEII) in Ontario is an integrated funding strategy developed by the Population and Public Health Branch, Ontario and Nunavut Region. It demonstrates how communities can mobilize to develop healthy public policies and practices that foster social and economic inclusion, thereby improving the conditions needed for good health. Key elements of the strategy include funding to community development projects (via the Population Health Fund [PHF]), horizontal and vertical partnerships across governments and sectors, public education and promotion campaigns, and a multi-layered evaluation. The initiative will create a new body of research and knowledge about SEI, while a process evaluation will assess the initiative's planning effectiveness. This assessment can be used to inform future delivery of the PHF and other initiatives in the Ontario Region. For more information, contact: Sawson Saraf at (416) 952-3568.

Children's Social Networks and Health

Using the *National Longitudinal Survey of Children and Youth, 1998–1999,* the Data Development and Dissemination Division of Health Canada conducted a statistical analysis of children's social networks and their relationship with health. The research analyzes the social support networks of children, their parents and peers, and shows how they relate to their health behaviours. Current findings show a significant relationship between social support and children's health. For more information, contact: <chris_oster@hc-sc.gc.ca>.

Community Action Program for Children

The long-term effects of child abuse can include a variety of sustained physical and mental health problems. For this reason, Health Canada's Community Action Program for Children (CAPC) provides funding for programs that promote the health and social development of children and their families living in conditions of risk. One CAPC-sponsored initiative, entitled the Child Abuse Prevention Program, is based in Stettler,

Alberta. It offers training, support and education and initiates public awareness activities about the impact of child abuse through partnering with health, educational and community-based organizations. For more information, contact: <Karen_Garant-Radke@hc-sc.gc.ca> or <acaa@telusplanet.net>.

Assessing Woman Abuse in Health Care

Violence against women is a societal problem with major impacts on the health and well-being of women and children. To date, research has not identified the most effective health care response for identifying women who are abused. With funding from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), a number of related research projects will explore the views of women who are abused and those who are not, and their health care providers. Current approaches will be tested on how to ask about abuse in various health care settings, including public health, family practice, emergency and specialty clinics. The studies will use a randomized control design to evaluate universal screening for violence against women and subsequent referral for services on their effectiveness in reducing further exposure and improving health outcomes. For more information, visit: <http://www.fhs.mcmaster.ca>.

Support for Health Policy Research

Health Canada's Health Policy Research Program (HPRP) funds extramural, peer-reviewed research that contributes to the evidence base for the Department's policy decisions. HPRP supports primary, secondary and synthesis research, as well as policy research workshops and conferences. Twenty-two initiatives have been funded since the program's inception in 2001. Three recently completed projects are summarized below. For more information about HPRP or to obtain copies of these reports, contact: <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

Migration Health (Dr. Sheela Basrur, Association of Local Public Health Agencies)

Due to growing globalization and technological development, migration health is quickly emerging as a significant health issue. This was the impetus for a two-day national conference entitled Migration Health, held in Ottawa in March 2003. Looking at the current state of research, the conference focused on communicable diseases, non-communicable diseases and access to health services. Attendees strongly recommended that future research focus on the dynamics of population mobility and its impact on immigrants' health, public health, and community and government policies.

Community Capacity (Dr. Richard G. Crilly, Lawson Health Research Institute)

This study assessed available evidence on the conceptualization and measurement of community capacity and discussed the implications for policy, research and action. The results illustrate that community capacity has been broadly conceptualized, with most definitions acknowledging the potential of community capacity to improve health and quality of life. Strategic directions and next steps in the conceptualization of community capacity were also identified.

Integration of End of Life Care (Donna Wilson, Ph.D., University of Alberta)

Most of the 220,000 Canadians who die each year — principally of old age and progressive ill health — do not have access to integrated end-of-life care (EOL). This can put them in the difficult position of having to actively seek out health and social services. As a result, this synthesis research identifies EOL care delivery models and approaches that could foster integrated EOL care in Canada.

Mark Your Calendar

What	When	Theme
International Conference: Toward a New Perspective — From Ageing to Ageing Well	October 3–5, 2004 Montréal, Québec <http://www.geronto.org/>	Stimulate discussion and exchange, and develop a new knowledge base to generate original recommendations that influence policy and services
Staying the Course: Literacy and Health in the First Decade	October 17–19, 2004 Ottawa, Ontario <http://www.cpha.ca/literacyandhealth>	National forum to discuss contributions being made to improve the health of Canadians with low literacy skills in the areas of policy, practice and research
7th National Safe Communities Conference: Keys to Safety	October 17–19, 2004 Perth, Ontario <http://www.safecommunities.ca/events.htm>	Discuss action plans to reduce injuries at the local, provincial and national levels, and provide the latest information on injury prevention and health promotion programs
5th Annual Scientific Meeting of the Canadian Rural Health Research Society and 4th International Rural Nurses Congress	October 21–23, 2004 Sudbury, Ontario <http://crhrs-scrsr.usask.ca/sudbury2004/>	Explore issues related to rural nursing and health care and the special issues that impact on the health of people in rural areas
2004 National Conference on Health Care and Domestic Violence	October 22–23, 2004 Boston, Massachusetts <http://endabuse.org/health/conference/>	Latest research and innovative health care prevention and clinical responses to domestic violence
2004 National Rural Women's Health Conference	October 28–30, 2004 Hershey, Pennsylvania <http://www.hmc.psu.edu/ce/RWH2004/index.htm>	Promote an international dialogue devoted exclusively to the mental and physical health concerns of women living in rural communities
Health, Work and Wellness 2004	October 28–30, 2004 Vancouver, British Columbia <http://www.healthworkandwellness.com/program/sessions.php>	Explore issues related to workplace health and wellness
4th European Conference on Paediatric Asthma and Allergy	November 22–23, 2004 Amsterdam, The Netherlands <http://www.mahealthcareevents.co.uk/1041n.html>	Latest research findings and their impact on the current understanding and treatment of paediatric asthma and allergy
9th Annual Farm Safety and Health Conference	December 2–4, 2004 Québec City, Québec <http://www.casa-acsa.ca/english/index.html>	Highlight agriculture safety and health intervention, outreach and educational approaches; develop collaborative opportunities
6th Canadian National Immunization Conference	December 5–8, 2004 Montréal, Québec <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cnic-ccni/>	Cutting edge information on immunization science, policy, programs and practice, and a forum for networking and knowledge sharing

References

References for *A Statistical Snapshot of Canada's Children* (p. 2)

1. Statistics Canada. (2003). *2003 Population Estimates.* Retrieved June 3, 2004, from <http://www.statcan.ca>.
2. Statistics Canada. (2001). *Census: Analysis Series: Income of Canadian Families.* Catalogue No. 96F0030XIE2001014. Note: Statistics Canada determines whether a family is low income by comparing its income to a low-income cutoff (LICO), which varies according to family size and the size of the area of residence.
3. Vanier Institute of the Family. (2000). *Profiling Canada's Families II.* Available at: <http://www.vifamily.ca/library/profiling2/profiling2.html>.
4. Statistics Canada. (n.d). *Infant Mortality Rates.* Retrieved June 3, 2004, from <http://www.statcan.ca>.
5. Statistics Canada. (2001). *Statistics Canada Shelf Tables: Injury Mortality.* Retrieved June 4, 2004, from <http://www.statcan.ca>.
6. Canadian Institute for Health Information. (2001–2002). *Hospital Morbidity Database.* Available at: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_hmdb_e>.
7. Health Canada. (2001). *2000–2001 Health Canada Canadian Injury Data Sampler: Injury Hospitalizations.*

Reference for *Evidence and Action: A Necessary Partnership* (p. 3)

1. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B., & De Marco, R. (2003, October). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Canadian Medical Association Journal, 169(9),* 911–915.

References for *What is Child Maltreatment?* (p. 6)

1. Hick, S. (2002). *Social Work in Canada: An Introduction.* Toronto, ON: Thompson Education Publishing, Inc.
2. Badgley, R., et al. (1984). *Sexual Offences Against Children in Canada.* Ottawa, ON: Ministry of Supply and Services.
3. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report.* Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
4. Visit: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh7/en/>.
5. Visit: <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>.
6. Visit: <http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf>.
7. Visit: <http://www.sen.parl.gc.ca/lpearson/specialsession/>.
8. McCreary Centre Society. (2002). *Violated Boundaries: A Health Profile of Adolescents Who Have Been Abused.* Available at: <http://www.mcs.bc.ca/r_ahs.htm>.

Reference for *The Canadian Incidence Study: Establishing an Evidence Base* (p. 9)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report.* Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

References for *The Scope of Child Maltreatment in Canada* (p. 12)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report.* Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
2. Tonmyr, L. (1998). *International studies on the incidence and prevalence of child maltreatment.* Ottawa, ON: Health Canada.
3. MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Trocmé, N., Boyle, M.H., Wong, M., Racine, Y.A., et al. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association, 278,* 131–135.
4. MacMillan, H.L., Jamieson, E., & Walsh, C. (2003). Exposure to child maltreatment and contact with child protection services: What is the relationship? *Child Abuse and Neglect, 27(12),* 1397–1408.
5. Trocmé, N., Fallon, B., MacLauren, B., & Copp, B. (2002). *The changing face of child welfare investigations in Ontario: Ontario Incidence Studies of Reported Child Abuse and Neglect (OIS 1993/1998).* Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto.
6. Blackstock, C., Trocmé, N., & Bennett, M. (2004). Child welfare response to Aboriginal and non-Aboriginal children in Canada: A comparative analysis. *Violence Against Women Journal.* In press.

7. MacMillan, H.L. (2000). Child Maltreatment: What We Know in the Year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 702–709.

8. Chamberland, C., Laporte, L., Lavergne, C., Malo, C., Torigny, M., Mayer, M., & Hélie, S. (2003). Psychological maltreatment of children reported to youth protection services: Initial results from the Quebec Incidence Study. In K. Kufeldt & B. McKenzie (Eds.), *Child Welfare Connecting Research Policy and Practice*. Waterloo, ON: Wilfred Laurier University Press.

9. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 22(11)*, 1065–1078.

10. Kraemer, H.C., Kazadin, A., Offard, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to Terms with the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337–343.

11. Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I — Physical and Emotional Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1214–1222.

References for *Substance Abuse and Child Maltreatment* (p. 16)

1. Wekerle, C., & Wall, A.-M. (2002). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. New York: Brunner-Routledge.

2. Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Selected Results*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.

3. Wekerle, C., & Wolfe, D.A., (2003). Child Maltreatment. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2nd ed.) (pp. 632–684). New York: Guilford.

4. DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology, 13*, 539–564.

5. Wolock, I., & Magura, S. (1996). Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse and Neglect, 20*, 1183–1193.

6. Wall, A.-M., Wekerle, C., Trocmé, N., & Leung, E. (2003, August). *Violent experiences and adolescent substance abuse among high-risk youth*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.

7. English, D., Fluke, J., & Yuan, Y. (2003). Alternative response to child protective services investigations in the United States. In N. Trocmé, D. Knocke & C. Roy (Eds.), *Community collaboration and differential response: Canadian and international research and emerging models of practice* (pp. 64–74). Ottawa, ON: Child Welfare League of Canada.

8. Peterson, L., Gable, S., & Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive Behaviors, 21*, 789–801.

9. Miller, W.R., Westerberg, V.S., & Waldron, H.B. (1995). Evaluating alcohol problems in adults and adolescents. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.) (pp. 61–88). Boston: Allyn & Bacon.

References for *Maltreatment Outcomes: Immediate and Long-Term* (p. 19)

1. Bagley, C., & Mallick, K. (2000). Prediction of sexual, emotional, and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreatment, 5(3)*, 218–226.

2. Fields, S.A., & Ogles, B.M. (2002). An empirical typology of youth with severe emotional disturbances. *American Journal of Orthopsychiatry, 72(2)*, 250–261.

3. Johnson, P. (2001). In their own voices: Report of a study on the later effects of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Aggression, 7(2)*, 41–56.

4. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B., & De Marco, R. (2003, October). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Canadian Medical Association Journal, 169(9)*, 911–915.

5. Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A., & Resnick, M.D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors in adolescents. *Health Education Research, 12(1)*, 37–52.

6. Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Child Maltreatment in Canada: Selected Results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

7. Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., da Costa, G.A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 16(1)*, 101–118.

References for *From Evidence to Action: An Ongoing Journey* (p. 24)

1. Anselmo, S., Pickford, R., & Goodman, P. (2003). Alberta Response Model: Transforming Outcomes for Children. In N. Trocmé, D. Knoke & C. Roy (Eds.), *Community Collaboration and Differential Response: Canadian and International Research and Emerging Models of Practice* (p. 99). Centres of Excellence for Child Welfare. Available at: <http://www.cecw-cepb.ca/DocsEng/BanffBookflyerv21.pdf>.

2. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B., & De Marco, R. (2003, October). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Canadian Medical Association Journal, 169*(9), 911–915.

References for *Did You Know?* (p. 30)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report.* Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services.

2. Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Child Maltreatment in Canada: Selected Results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect.* Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

3. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., & Copp, B. (2002). *The changing face of child welfare investigations in Ontario: Ontario Incidence Studies of Reported Child Abuse and Neglect (OIS 1993/1998).* Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare, Faculty of Social Work, University of Toronto.

References for *Using Canada's Health Data* (p. 32)

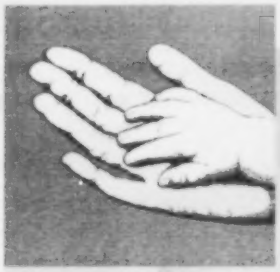
1. Gravel, R., & Hamel, M. (2000). *Canadian Community Health Survey on Mental Health and Wellbeing.* Ottawa, ON: Statistics Canada, Health Statistics Division.

2. Blalock, H.M. (1972). *Social Statistics* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill, p. 22.

3. Ducharme, M. (2002, October). A Journey into Statistical Significance. *Health Policy Research Bulletin, 4,* 27–28.

Santé Canada Health Canada

PLEINS FEUX SUR LE LIEN POLITIQUES–RECHERCHE NUMÉRO 9, SEPTEMBRE 2004



Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les enfants victimes de maltraitance : un enjeu de santé publique

Le sain développement des enfants constitue un déterminant clé de la santé. Malgré tout, chaque année, un nombre alarmant d'enfants canadiens sont victimes de violence, d'abus ou de négligence. La recherche révèle que les sévices physiques et psychologiques liés aux mauvais traitements peuvent avoir des séquelles immédiates et prolongées sur la santé et exercer des pressions indues sur le système de soins de santé.

Le secteur de la santé joue un rôle de premier plan en vue de réduire le fardeau de la maltraitance des enfants grâce à ses programmes de prévention, de signalement, d'orientation et de traitement. Le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* examine en quoi le leadership démontré par Santé Canada et sa bonne coordination du système national de surveillance des mauvais traitements infligés aux enfants sont à la base même de tels efforts. Le Bulletin se penche, en particulier, sur les facettes suivantes de la question :

- il définit la maltraitance des enfants et décrit en quoi notre perception du problème évolue au fil des ans, sous l'influence de divers secteurs actifs dans le domaine;
- il met en lumière des données importantes tirées de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) et d'autres projets de cueillette de donnés, il explique en quoi ces données nous aident à mieux comprendre le drame des enfants maltraités et nous sensibilise aux nouveaux enjeux qu'engendre une telle situation;
- il se penche sur les facteurs et les conditions qui sous-tendent la maltraitance des enfants et présente, à titre d'exemple, une récente enquête qui examine les liens entre la violence à l'égard des enfants et la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les parents;
- il puise à deux sources de données nationales pour explorer les séquelles physiques, psychologiques et comportementales associées à la maltraitance des enfants.

Même s'il reste beaucoup à faire pour mettre au point des systèmes mieux intégrés et plus exhaustifs de cueillette, d'analyse et de signalement des cas de violence à l'égard des enfants, les activités de surveillance et de recherche actuelles commencent à porter fruit et à orienter les politiques et pratiques dans divers secteurs clés.

Dans ce numéro

Les enfants victimes de maltraitance

Enrichir les politiques : Une perspective scientifique 3
Comment définir la violence envers les enfants? 6
L'Étude canadienne sur l'incidence 9
Portée et facteurs de risque 12
Rapport avec la consommation abusive 16
Séquelles des mauvais traitements 19
Liens entre le savoir et l'action 24
Qui fait quoi? 26
Réalité ou fiction? 30

Fichiers de données d'enquête 32

Nouvelles notables 34

Canada

Statistiques éclair sur les enfants canadiens

Population des enfants de 0 à 18 ans (2003)[1]
Garçons : 3 824 389
Filles : 3 640 464

Enfants de moins de 18 ans dans des familles à faible revenu (2001)[2]
Nombre d'enfants : 1 245 700
Proportion d'enfants : 18 %

Structure des familles d'enfants de moins de 18 ans qui vivent chez leurs parents (1996)[3]
74,3 % dans des familles dirigées par un couple présentement marié
8,4 % dans des familles dirigées par des conjoints de fait
2,7 % dans des familles monoparentales dirigées par un homme
14,5 % dans des familles monoparentales dirigées par une femme

Taux de mortalité infantile (2000)[4]
5,3 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité liée à une blessure chez les enfants de 0 à 19 ans (2000)[5]
15,0 pour 100 000

Taux de morbidité liée à une blessure chez les enfants de 0 à 19 ans (2000–2001)[6]
529,6 pour 100 000

Hospitalisations résultant d'une blessure, selon la cause et le sexe, 2000–2001[7]

Blessure de la route	11,3 %	11,5 %
Chute	36,4 %	33,1 %
Autres blessures involontaires	38,1 %	45,1 %
Blessures volontaires	12,7 %	9,3 %
Intention inconnue	1,4 %	1,1 %

Blessure de la route	8,1 %	11,6 %
Chute	56,0 %	29,4 %
Autres blessures involontaires	19,8 %	33,3 %
Blessures volontaires	14,4 %	23,4 %
Intention inconnue	1,7 %	2,3 %

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada est publié trois fois l'an. Le bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politiques ayant pour but d'enrichir la base de données probantes pertinente aux politiques de Santé Canada.

C'est un comité directeur ministériel qui guide les orientations du Bulletin. Au sein de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, c'est la Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR) qui coordonne la préparation et la production du bulletin. La DGDR tient à remercier les membres du comité directeur, ainsi que Nancy Hamilton, directrice-rédactrice en chef, Jaylyn Wong, rédactrice adjointe, et Tiffany Thornton, coordination, et Raymonde Sharpe, révision et vérification de la qualité. Un merci particulier à Lil Tonmyr et à la rédactrice en chef invitée du présent numéro, le Dre Catherine McCourt, directrice de la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires, de vos suggestions et de votre désir d'ajouter votre nom à notre liste d'envoi. Prière de faire parvenir toute rétroaction ou tout avis de changement d'adresse à : <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>.

Vous pouvez accéder à la version électronique du bulletin en formats HTML et PDF à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2004

ISSN 1499-3511

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :
Santé Canada
DGIAC/IACB
DGDR/RMDD
LP : 1904A
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Une alliance fondamentale ancrée dans la **preuve** et l'**action**

L'entrevue suivante avec le **Dre Catherine McCourt,** *directrice de la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada a été effectuée par Nancy Hamilton, rédactrice en chef du* **Bulletin de recherche sur les politiques de santé.**

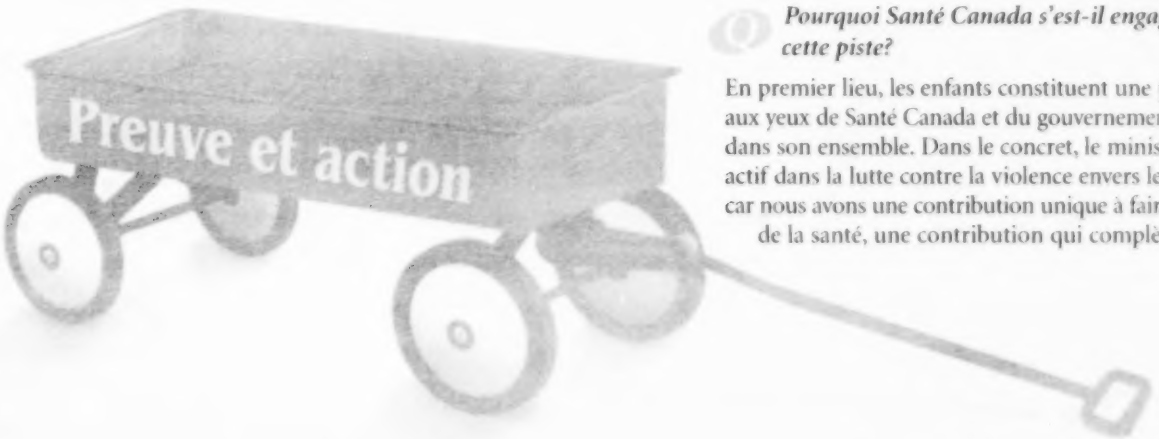
À quoi fait-on référence lorsqu'on parle de « violence envers les enfants »?

À nos fins, la violence envers les enfants se définit comme toute forme de violence physique, d'abus sexuel, de négligence ou de violence psychologique dont est victime un enfant. L'article intitulé *Comment définir la violence envers les enfants?* (voir la page 6) fournit des explications plus détaillées sur cette terminologie. En outre, cet article examine l'évolution du concept de violence envers les enfants et décrit les perspectives divergentes des gens face à ce problème. En ce qui touche la définition d'un enfant, l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) a recours à la plage d'âge de 0 à 15 ans inclusivement.

La violence envers les enfants semble préoccuper les responsables des politiques de nombreux secteurs. Quelle importance ce problème revêt-il à l'échelle du secteur de la santé?

La violence envers les enfants peut avoir des effets néfastes immédiats et à long terme sur la santé. La maltraitance des enfants et la négligence dont ils sont victimes peuvent entraîner des blessures à la fois émotives et physiques et engendrer des problèmes de développement comportemental, social, émotif et cognitif.

Le secteur de la santé joue un rôle crucial en vue de réduire les effets de la violence à l'endroit des enfants en misant sur des programmes de prévention, sur le signalement, sur l'orientation et sur le traitement. Les fournisseurs de soins de santé, par exemple, mettent sur pied des programmes pour sensibiliser les parents aux dangers qu'il y a à secouer leur bébé. Les équipes de protection de l'enfance des hôpitaux pédiatriques participent à l'évaluation, au signalement et au traitement des enfants qu'on soupçonne d'avoir été violentés. De plus, les services de santé mentale pour enfants constituent une importante composante des services offerts aux jeunes victimes de violence ou de négligence.



Pourquoi Santé Canada s'est-il engagé sur cette piste?

En premier lieu, les enfants constituent une priorité aux yeux de Santé Canada et du gouvernement fédéral dans son ensemble. Dans le concret, le ministère est actif dans la lutte contre la violence envers les enfants car nous avons une contribution unique à faire au plan de la santé, une contribution qui complète et

enrichit les mandats des autres secteurs et compétences. Selon moi, une scientifique active en élaboration des politiques, le point de départ, c'est le leadership démontré par Santé Canada et sa fonction de coordination des activités nationales de surveillance de la violence envers les enfants de Santé Canada. Comme vous le savez, la surveillance de la santé dépend d'un système permanent de collecte des données, d'analyses expertes et interprétatives, et de communication de l'information menant à des mesures actives en santé publique. Le rôle du ministère dans la surveillance de la violence envers les enfants se fonde sur notre expertise et nos contributions au niveau de projets de surveillance nationaux centrés sur divers enjeux de santé publique comme les maladies infectieuses, les maladies chroniques, la santé périnatale et les blessures involontaires.

Santé Canada participe aussi en favorisant les recherches à l'externe, dont celles du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, l'un des quatre Centres d'excellence pour le bien-être des enfants du pays. À plus grande échelle, les études financées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) nous aident également à faire des percées. Une troisième contribution vient du Centre national d'information sur la violence dans la famille, un centre de documentation au service des professionnels et du public.

Que répondez-vous aux personnes qui croient que nos ressources devraient financer les services de première ligne plutôt que les activités de surveillance et de recherche?

Je réponds que les deux sphères ont leur utilité. Les activités de surveillance et de recherche servent surtout à produire et disséminer un savoir pour aider les travailleurs de première ligne à fournir des services efficaces. La surveillance, par exemple, génère de l'information sur les cas de violence envers les enfants, les grandes tendances et les modes d'occurrence. Il s'agit de données essentielles aux prises de décisions éclairées sur les politiques et à l'affectation pertinente des ressources dédiées aux programmes.

Les activités de surveillance servent également à sensibiliser les gouvernements et le public à la tragédie de la négligence et de la maltraitance des enfants. Les recherches aident à faire la lumière sur les causes de la violence envers les enfants et sur les facteurs de prévention et de protection, ce qui favorise l'élaboration de programmes et de politique de prévention et d'intervention plus efficaces. Les études axées sur la conception et l'évaluation des programmes de prévention et d'intervention sont jugées essentielles pour exploiter à meilleur escient les ressources financières et humaines à notre disposition.

De quel genre de données et d'études avons-nous besoin? Quel rôle Santé Canada a-t-il joué en vue d'élargir cette base de données probantes?

Au plan de la surveillance, il faut d'abord établir l'ampleur du problème de la violence envers les enfants, y compris les taux et tendances qui se dessinent au fil du temps. Nous devons connaître les circonstances à la source de la maltraitance pour analyser et interpréter correctement les taux. Santé Canada est responsable de l'ECI, qui permet de recueillir des données sur l'incidence des cas de mauvais traitements signalés aux sociétés de protection de l'enfance à l'échelle du pays et qui donnent lieu à une enquête (voir l'article en page 9). Cette étude périodique, qui aborde son deuxième cycle, permet également de glaner des renseignements sur les circonstances et facteurs contextuels comme le revenu familial, le logement, les responsabilités du soignant et les facteurs de stress familial. Ceci reflète l'approche axée sur les déterminants de la santé de l'ECI.

Les rapports généraux de l'ECI s'appliquent à l'échelle nationale, mais les analyses provinciales et territoriales s'avèrent très importantes parce que ces compétences sont responsables du bien-être de l'enfance et de la prestation des services de protection de l'enfance. Certaines provinces et certains territoires favorisent le suréchantillonnage au sein de leur compétence pour encourager ce niveau d'analyse et de rapport (voir l'article en page 24).

Il importe de souligner que le travail engagé par Santé Canada au niveau de l'ECI est mené en collaboration avec les directeurs du bien-être de l'enfance des provinces et territoires et avec les collectivités universitaires et les organismes de revendication voués au bien-être des enfants. Cette approche vise à garantir la valeur scientifique, la pertinence et l'ouverture des activités pour les personnes qui planifient et dispensent les services aux enfants.

Que nous apprennent les données probantes au sujet des facteurs qui contribuent à la violence envers les enfants et à ses effets sur la santé?

Nous savons que les facteurs de risque liés à la maltraitance peuvent être un miroir de la situation de l'enfant, de la situation des parents ou de facteurs sociaux plus globaux, et que ces facteurs de risque peuvent varier selon le type de mauvais traitement infligé (voir aussi *L'ampleur du fléau de la violence envers les enfants au Canada*, page 12). Les facteurs de risque, dont le faible statut socioéconomique, la maladie parentale, la violence familiale, l'isolement social et bien d'autres, engendrent une plus grande probabilité de maltraitance mais n'en constituent pas nécessairement la cause. Pour ce qui est de l'impact sur la santé, l'article *Séquelles immédiates et prolongées des mauvais traitements* (en page 19) décrit certains effets de la violence sur les enfants.

Quels leviers politiques peut-on activer pour prévenir ou réduire les effets de la violence envers les enfants? En quoi nos efforts de recherche peuvent-ils influencer l'élaboration des politiques dans ce domaine?

Des leviers politiques comme la législation et les approches en planification, en financement et en prestation des services de protection de l'enfance existent aux échelons provincial et territorial et à des ordres inférieurs. Les provinces et territoires adoptent également des politiques visant d'autres secteurs, comme l'éducation (programmes de sensibilisation et de prévention), l'administration de la justice et les services de santé, y compris la dispensation de services de santé mentale aux enfants.

Au niveau fédéral, le ministère de la Justice joue un rôle clé en misant sur le *Code criminel* et sur divers aspects du droit familial alors que la Gendarmerie royale du Canada a le mandat clair d'assurer les services de police et d'application de la loi. Santé Canada et d'autres ministères fédéraux collaborent par le biais de l'*Initiative de lutte contre la violence familiale* sous l'égide de Santé Canada et ils se départagent les responsabilités d'élaboration des politiques à l'appui de grandes initiatives internationales comme la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* et *Un monde digne des enfants* (voir la page 26). En réaction au dernier document, le gouvernement fédéral s'est affilié à des partenaires issus de nombreux secteurs pour mettre au point le plan d'action national *Un Canada digne des enfants.*

Santé Canada déploie également des efforts pour prévenir la violence et les blessures et, de manière plus générale, souscrit au contenu du *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Finalement, les politiques socioéconomiques définies par divers secteurs du gouvernement fédéral s'avèrent fort utiles pour identifier les circonstances socioéconomiques qui exposent davantage les enfants à la violence.

L'ECI a déjà eu un certain impact sur l'élaboration des politiques et je m'attends à ce que ses effets s'intensifient au fur et à mesure qu'on appliquera et analysera d'autres cycles de l'étude. Dans le monde de l'enseignement par exemple, on a intégré les résultats de l'ECI aux programmes des écoles secondaires et des universités, ainsi qu'aux cours d'éducation permanente offerts aux administrateurs scolaires. À l'échelon fédéral, les résultats de l'ECI ont étoffé l'intervention du Canada et permis l'ajout du concept de négligence des enfants à *Un monde digne des enfants.* Les récentes analyses ont aussi alimenté et enrichi les discussions stratégiques sur les procédures et les enquêtes axées sur les cas de violence envers les enfants et facilité l'adoption de systèmes de réponse différentiels selon le degré d'urgence de l'intervention[1].

Santé Canada et d'autres ministères fédéraux collaborent par le biais de l'*Initiative de lutte contre la violence familiale* sous l'égide de Santé Canada et ils se départagent les responsabilités d'élaboration des politiques à l'appui de grandes initiatives internationales comme la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* et *Un monde digne des enfants.*

Vers où devrait-on orienter les efforts de recherche dans les années à venir?

L'article *Le grand saut du savoir à l'action* (voir la page 24) décrit les difficultés qu'il y a à consolider les éléments de preuve pour lutter efficacement contre le problème de la violence envers les enfants et pour le prévenir. Je crois que divers domaines clés méritent qu'on s'y attarde davantage. Nous devons déployer plus d'efforts, par exemple, pour mieux comprendre les mauvais traitements infligés aux enfants vulnérables ou avec des besoins spéciaux, comme les enfants handicapés ou autochtones, ainsi que le rôle des facteurs socioculturels et l'effet de la violence sur la santé et sur l'économie.

J'ai la conviction que l'engagement ferme et croissant de Santé Canada à collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de même qu'avec les Instituts de recherche en santé du Canada, est fondamental pour arriver à combler ces failles. La création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada nous donne la chance de consolider cette collaboration et renforce nos mesures de surveillance de la violence envers les enfants, des blessures et de violence en général. En terminant, je crois que nous devons miser davantage sur la collaboration internationale en matière de surveillance et de recherche sur la violence envers les enfants, car si nous avons des choses à apprendre des autres pays, nous avons aussi bien des choses à leur offrir.

Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

COMMENT DÉFINIR LA VIOLENCE *envers les enfants?*

Carol MacLeod, *Unité de la prévention de la violence familiale, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada;* **Lil Tonmyr**, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada; et* **Tiffany Thornton**, *Division de la gestion et de la diffusion de la recherche, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada*

Au fil des ans, notre compréhension des enjeux et concepts entourant la violence envers les enfants a beaucoup évolué. Cet article décrit le contexte historique qui encadre les définitions et approches en matière de violence envers les enfants et décrit les perspectives qui ont guidé cette évolution.

Un regard rétrospectif

Il n'y a pas si longtemps encore, les enfants des pays occidentaux n'étaient pas considérés comme des entités distinctes de la famille. Cette perception a changé à l'époque de la Révolution industrielle, alors que les conditions de vie des enfants sont devenues inquiétantes. Les gouvernements ont réagi en limitant l'âge et les heures de travail des enfants et en rendant obligatoire la fréquentation scolaire au niveau primaire. Au même moment, des réformateurs sociaux bénévoles prenaient les devants pour dispenser des soins aux enfants victimes de négligence ou de violence sexuelle ou physique.

Au Canada, la protection de l'enfance a été confiée principalement aux provinces puisque ces dernières ont les compétences voulues pour réglementer les organismes charitables. La première Société de protection de l'enfance a vu le jour en Ontario en 1891[1].

Pendant la première moitié du vingtième siècle, les efforts provinciaux visaient surtout à contrer la pauvreté des enfants et les cas de négligence ou d'abandon. Dans les années 1960, la recherche produisait une définition du « syndrome de l'enfant battu », ce qui donnait rapidement lieu à de nouvelles perceptions du concept de violence envers les enfants. Par conséquent, les services sociaux modifiaient leur tir, délaissant quelque peu la négligence parentale pour se concentrer davantage sur les problèmes de violence sexuelle et physique.

Paru en 1984, le rapport Badgley appuyait une réorientation plus ciblée des droits parentaux vers les droits de l'enfant[2]. Les provinces et territoires rajustaient leurs lois de protection de l'enfance, définissaient diverses formes de violence, statuaient que les cas de violence devaient être signalés aux sociétés de protection de l'enfance ou à la police et exigeaient la tenue d'une enquête suivant une allégation de mauvais traitements à l'égard d'un enfant. En même temps, les services sociaux délaissaient leurs pratiques d'appréhension et de placement des enfants en faveur d'une approche préventive centrée sur la mesure « la moins dérangeante » possible, y compris le soutien aux familles et le traitement des enfants maltraités.

Un regard introspectif

Au fur et à mesure qu'on se familiarise avec les effets de la violence envers les enfants et que les attitudes évoluent, les concepts et approches prennent aussi de nouvelles tangentes. En raison des croyances qui sous-tendent les droits de l'enfant, on juge maintenant que la violence psychologique justifie l'adoption de mesures pour protéger l'enfant. De nos jours, les typologies sur la violence envers les enfants intègrent généralement trois éléments : la relation entre l'adulte et l'enfant; les gestes de commission ou d'omission commis par un adulte ou un jeune; et les mauvais traitements ou les menaces de mauvais traitements à l'endroit d'un enfant. La plupart des typologies citent quatre catégories de violence envers les enfants, soit la violence physique, l'abus sexuel, la négligence et la violence psychologique (voir l'encadré).

La violence physique (assaut) équivaut à appliquer délibérément sur n'importe quelle partie du corps d'un enfant, une force qui provoque ou peut provoquer une blessure non accidentelle. On inclut dans cette catégorie le fait de secouer, d'étouffer, de mordre, de frapper à coups de pied, de brûler ou d'empoisonner un enfant, ou de le maintenir sous l'eau et toute autre forme dangereuse ou préjudiciable de recours à la force ou à la contrainte.

L'abus sexuel survient lorsqu'un adulte ou adolescent se sert d'un enfant à des fins sexuelles. Cette forme d'abus suppose l'exposition d'un enfant à un contact, une activité ou un comportement de nature sexuelle. L'abus sexuel comprend la pénétration, la tentative de pénétration, le sexe oral, les attouchements, les conversations à caractère sexuel, le voyeurisme, l'exhibitionnisme et l'exploitation.

La négligence survient lorsque la personne responsable de l'enfant n'arrive pas à répondre à ses besoins physiques et psychologiques de base. On parle de négligence lorsque l'omission de superviser l'enfant donne lieu à des blessures physiques ou à l'abus sexuel, favorise des comportements criminels, entraîne la négligence physique ou médicale de l'enfant, l'empêche d'obtenir un traitement psychologique, résulte en l'abandon de l'enfant et à la négligence éducative.

La violence psychologique englobe des comportements qui causent des torts psychologiques, émotifs ou spirituels à l'enfant. La violence psychologique comprend l'abus psychologique, la négligence émotive et l'exposition à la violence familiale.

Approches

Il existe deux approches différentes pour lutter contre la violence envers les enfants. L'**approche axée sur les comportements** vise les actes fautifs légalement interdits posés par un adulte ou un jeune et qui causent un préjudice à l'enfant; l'**approche axée sur les effets** ou l'**approche axée sur les droits** repose sur le droit des personnes ou le droit des enfants de vivre sans préjudice et en fait un enjeu de société. Les approches canadiennes et internationales actuelles intègrent ces deux perspectives. À titre d'exemple, le *Rapport mondial sur la violence et la santé* 2002 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[4] mise sur l'approche axée sur les effets, selon laquelle les mauvais traitements résultent des comportements d'un adulte qui nuisent à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou à sa dignité. L'OMS souscrit au principe qu'on peut éviter la violence en modifiant les conditions à la source des comportements adultes inappropriés.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) recommandait de protéger les droits de l'enfant dans sa *Convention sur les droits de l'enfant*[5] que le Canada a ratifié en 1991. Santé Canada s'acquitte de ses responsabilités en vertu de la Convention en garantissant le droit des enfants à la survie, au sain développement, à la protection et à la participation.

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les enfants de 2002, les gouvernements du monde s'engageaient à adopter officiellement le document *Un monde digne des enfants*[6]. Donnant suite à cet engagement, le Canada se dotait d'un plan d'action propre intitulé *Un Canada digne des enfants*[7], dont sont conjointement responsables les ministres de la Santé et du Développement social. Le plan fait de la prévention de la violence envers les enfants constitue sa grande priorité, sous la thématique « Protéger les enfants ».

Pleins feux sur la collaboration

Les approches axées sur les effets et les approches axées sur les comportements se traduisent par trois niveaux d'intervention : les interventions fondées sur la loi, qui visent à protéger les victimes et à punir les agresseurs; les interventions axées sur le service social, qui visent à protéger les enfants; et les interventions axées sur le système de santé, qui visent à prévenir, à identifier et à traiter les effets des mauvais traitements. Pour mettre fin aux mauvais traitements et pour protéger les enfants, il faut miser sur la coopération entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et les organismes du secteur bénévole. Ces efforts doivent s'ancrer dans une base législative applicable à l'ensemble des compétences.

Cadres législatifs

Justice Canada assure la bonne application du *Code criminel du Canada* qui s'occupe des plus graves formes de mauvais traitements à l'égard des enfants et d'exploitation sexuelle des enfants, ainsi que des questions interprovinciales ou internationales comme le tourisme sexuel et la pornographie infantile à l'Internet. Les lois provinciales et territoriales servent à protéger les enfants de la maltraitance et à renforcer les familles. Il revient aux provinces et territoires d'appliquer les lois sur la protection des enfants, d'administrer le droit civil et de traduire en justice les personnes qui commettent la plupart des délits régis par le *Code criminel*.

Services sociaux

La plupart des provinces et territoires confient aux ministères de la santé, des services sociaux, des services communautaires ou des services à la famille la tâche de protéger les enfants. Quelques provinces et territoires délèguent cette fonction aux sociétés ou conseils régionaux, alors que d'autres

financent les services communautaires fournis par des organismes non gouvernementaux comme les sociétés de protection de l'enfance. En outre, la portée des services varie d'un endroit à l'autre mais comprend généralement les cours de formation à l'intention des parents et les cours axés sur l'autonomie fonctionnelle, les services de consultation, de relève et de garderie, ainsi que les programmes de traitements spécialisés à l'intention des jeunes victimes ou des agresseurs.

Lorsque des provinces ou territoires demandent aux collectivités des Premières Nations de s'occuper de leurs services de protection de l'enfance, Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) accordent une aide financière aux collectivités pour leur permettre d'établir et d'administrer des programmes, conformément aux lois provinciales et territoriales. Dans d'autres secteurs, AINC finance divers services octroyés par des organismes ou des ministères provinciaux ou territoriaux.

Services de santé

Nul doute la notion que la santé et l'absence de mauvais traitements constituent un droit fondamental des enfants en fait-elle un grand enjeu de santé publique. Le sain développement de l'enfant est considéré comme un déterminant clé de la santé, alors que les blessures et les problèmes émotifs découlant des mauvais traitements peuvent engendrer des troubles physiques, émotifs et cognitifs permanents qui taxeront gravement le régime de soins de santé. Les recherches ont permis d'établir des liens entre la maltraitance et une gamme de problèmes physiques, émotifs et de santé mentale, y compris un retard de développement du cerveau; des attachements malsains; l'adoption de stratégies d'adaptation dangereuses (p. ex., la toxicomanie, l'alcoolisme et le tabagisme); des expériences sexuelles précoces et des relations sexuelles non protégées résultant en des maladies transmises sexuellement, des grossesses involontaires et des issues de grossesse malsaines; des stratégies de contrôle corporel comme les troubles de l'alimentation, la mutilation et le suicide; et le recours à des stratégies abusives dans les relations entre adultes[8].

Au-delà de l'enfant maltraité, la violence affecte la famille, la collectivité et les instances chargées d'identifier, de traiter et de soigner les enfants victimes d'abus. Par conséquent, il est depuis longtemps acquis que la violence envers les enfants a des répercussions sur nombre de secteurs comme la loi, le logement, l'éducation, les services sociaux et la santé.

Au fil des ans, les gouvernements fédéral et provinciaux ont eu tendance à adopter des stratégies pluriministérielles engageant la participation clé des ministères de la santé pour lutter contre la violence faite aux enfants. En ce sens, plusieurs initiatives fédérales interministérielles spéciales ont vu le jour, y compris le *Plan d'action national pour les enfants*, *Rassembler nos forces : le plan d'action national du Canada pour les questions autochtones*, la *Stratégie relative à la justice applicable aux Autochtones*, la *Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime*, l'Initiative nationale pour les sans-abri et l'Initiative de lutte contre la violence familiale.

Le gouvernement fédéral récolte des données et effectue des recherches sur la nature et l'ampleur de la violence envers les enfants, surtout dans les secteurs de la santé. Notons, en particulier, l'*Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, qui compile des données sur le parentage et la violence familiale, et l'*Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire*, qui se penche sur le phénomène de l'intimidation dans les écoles. Sous l'égide de Santé Canada et de Développement social Canada, l'*Entente sur le développement de la petite enfance* conclue entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux favorise le bien-être des parents et des enfants, tout comme le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme national de nutrition prénatale et le Programme Y'a personne de parfait de Santé Canada.

Rôles attribués aux secteurs de la santé

La violence envers les enfants engendre des problèmes de santé graves et persistants. Voilà pourquoi le secteur de la santé a un rôle crucial à jouer dans l'identification et la prévention des mauvais traitements à l'endroit des enfants, la protection des jeunes et la prestation de soins aux victimes de sévices émotifs et physiques. Les politiques et programmes du secteur de la santé favorisent le sain développement des enfants et l'instauration de facteurs et de conditions aptes à protéger les enfants du danger, immédiatement et à long terme. Les activités engagées à l'échelle du secteur de la santé s'inspirent des initiatives de surveillance et des recherches menées par Santé Canada dans l'optique de mieux comprendre l'effet des expériences vécues dans la petite enfance sur le développement subséquent, les comportements sains et l'état de santé.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

L'Étude canadienne sur l'incidence : Une source de données probantes

Valérie Gaston, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, et* **Nico Trocmé, Ph.D.**, *directeur du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, faculté du Travail social, Université de Toronto*

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants *(ECI) constitue la pierre angulaire du réseau canadien de surveillance de la violence envers les enfants. Auparavant, puisqu'il n'existait aucune donnée estimative sur l'incidence de la maltraitance à l'échelle canadienne, les décideurs avaient recours aux données américaines pour produire les « estimations les plus pertinentes possibles » sur la situation au Canada. Le présent article décrit les aspects clés de l'ECI, qui fonctionne selon un cycle périodique quinquennal de collecte et de déclaration des données. Le premier cycle a été lancé en 1998, le second en 2003, et les activités d'analyse de données conséquentes sont en cours.*

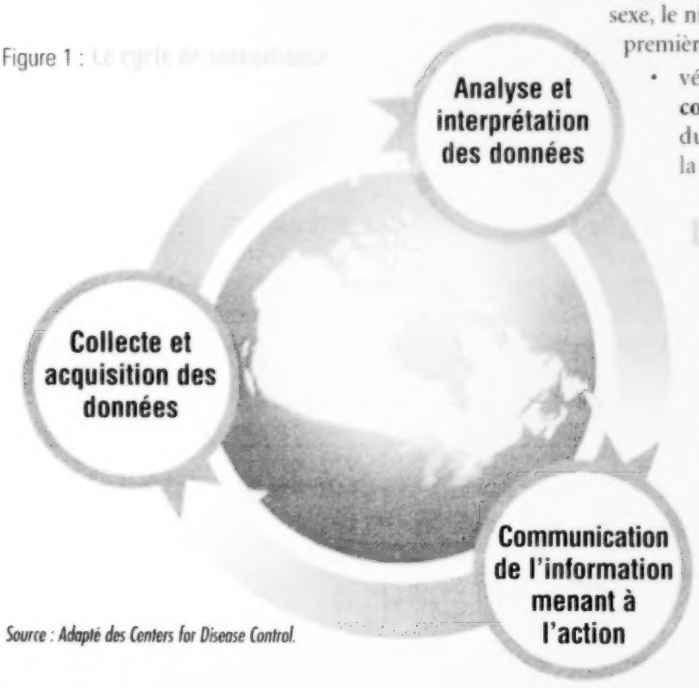
En quoi consiste l'ECI

Santé Canada mène l'ECI de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et une équipe pluridisciplinaire d'enquêteurs affiliés à des centres universitaires régionaux sous l'égide de l'université de Toronto. Son orientation relève d'un groupe directeur multisectoriel qui réunit des porte-parole des secteurs de la santé et des services sociaux, des représentants de la jeunesse, des groupes autochtones, des chercheurs universitaires et des groupes de revendication.

L'ECI examine les cas de violence envers les enfants (violence physique, sexuelle et psychologique, ainsi que négligence) signalés aux responsables des services de protection de l'enfance à l'échelle du Canada et qui font l'objet d'une enquête. Elle permet, entre autres, d'engager les mesures suivantes :

- examiner les **taux de cas signalés de mauvais traitements** (p. ex., le type, la durée, la gravité);
- explorer les **caractéristiques clés de l'enfant faisant l'objet d'une enquête** (p. ex., les signalements antérieurs de mauvais traitement et les caractéristiques de fonctionnement de l'enfant, comme un retard de développement ou la dépression) et de sa famille (p.ex., l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, les facteurs de risque, la source première de revenu et le logement de la personne soignante);
- vérifier les sources de signalement et les **résultats à court terme du cas** (p. ex., le placement à l'extérieur du domicile et le rôle du tribunal de protection de la jeunesse).

Figure 1 : Le cycle de surveillance


Analyse et interprétation des données
Collecte et acquisition des données
Communication de l'information menant à l'action

Source : Adapté des Centers for Disease Control.

Le rôle crucial de la surveillance

On définit la surveillance de la santé comme l'utilisation systématique et continue de données sur la santé régulièrement produites dans l'optique de faciliter l'adoption de mesures actives en santé publique. Elle mène à la production de données qui aident les chercheurs à identifier les tendances, à glaner de l'information sur les déterminants de la santé (ainsi que divers facteurs de risque et de protection), à définir les priorités nationales en recherche et à orienter le développement et l'évaluation des politiques et programmes.

Elle met aussi en lumière les questions émergentes et aide les chercheurs et les analystes des politiques à vérifier le progrès accompli en matière de prévention et de traitement des maladies et blessures.

Véritable fondement du réseau canadien de surveillance de la violence envers les enfants, l'ECI s'articule en trois étapes propres au cycle de surveillance de la santé (voir la Figure 1). Les données servant à l'ECI sont recueillies tous les cinq ans pour être ensuite analysées. L'information résultante est diffusée et sert à enrichir les politiques et la pratique. On incite également tous les chercheurs du pays à analyser plus en détail les données produites (voir l'article en page 16).

Un réseau intégré de surveillance de la violence envers les enfants doit permettre de recueillir et, éventuellement, de relier les données produites par les milieux professionnels qui s'occupent des jeunes victimes de mauvais traitements, y compris les services de protection de l'enfance, la police, la justice et les hôpitaux pédiatriques. On observe une lacune, soit la pénurie de données provenant des bureaux de coroners et de médecins légistes, quoique ces données seront bientôt disponibles à partir de la base de données nationale des coroners et médecins légistes qui fournira de précieux renseignements sur les circonstances entourant le décès d'enfants pour cause de négligence ou de maltraitance.

L'ECI : Pierre angulaire des activités de surveillance

Avant l'ECI, le Canada ne disposait pas de données nationales exhaustives sur les enfants et les familles ayant fait l'objet d'enquêtes suivant des allégations de maltraitance ou de négligence, ce qui ralentissait l'élaboration et l'évaluation des politiques, des programmes et des interventions. Entre autres grands objectifs, l'ECI vise à produire des estimations fiables sur la fréquence et les caractéristiques des cas signalés de mauvais traitements infligés aux enfants de 0 à 15 ans; à mieux cibler les ressources qui s'offrent aux enfants à risque d'abus et de négligence; et à orienter l'élaboration des politiques et programmes.

Faits saillants de la méthodologie[1]

Que veut-on compter

L'ECI permet de recueillir de l'information sur les cas signalés de mauvais traitements qui font l'objet d'enquêtes de la part des services de protection de l'enfance, y compris les cas de mauvais traitements **corroborés**, **soupçonnés** et **non corroborés**. Puisque, au Canada, les taux d'incidence de la violence envers les enfants se fondent sur les cas de mauvais traitements corroborés, il importe de bien saisir les nuances entre ces trois termes (voir l'encadré).

Corroboration des mauvais traitements

On dit que des **mauvais traitements sont corroborés** lorsqu'il existe assez de preuves pour porter le travailleur social à conclure qu'il y a bel et bien des signes d'abus ou de négligence. À titre d'exemple, un cas de violence psychologique sera corroboré si la police porte des accusations de violence familiale dans le cas d'un événement qui s'est déroulé en présence des enfants.

On dit que les mauvais traitements sont **soupçonnés** lorsqu'il n'existe pas assez de preuves pour conclure qu'il y a bel et bien des signes d'abus ou de négligence, quoique la chose s'avère fort probable. À titre d'exemple, une école fait appel aux services sociaux pour aiguiller un enfant qui arrive à l'école en pleurs, avec une blessure au visage, en alléguant que son père était fâché et a crié après lui. Après enquête, il s'avère que les versions du père et de l'enfant sont toutes deux plausibles mais pas entièrement convaincantes.

On dit que les mauvais traitements **ne sont pas corroborés** lorsqu'il existe assez de preuves pour conclure en l'absence totale d'abus ou de négligence. À titre d'exemple, un voisin téléphone aux services sociaux pour avertir que de jeunes enfants ont été laissés seuls à la maison sans supervision, qu'ils sont sales et qu'il n'y a pas de nourriture ou de chauffage. Pendant l'enquête, le travailleur social se rend compte que les enfants sont bel et bien supervisés et qu'ils ont tous les soins requis.

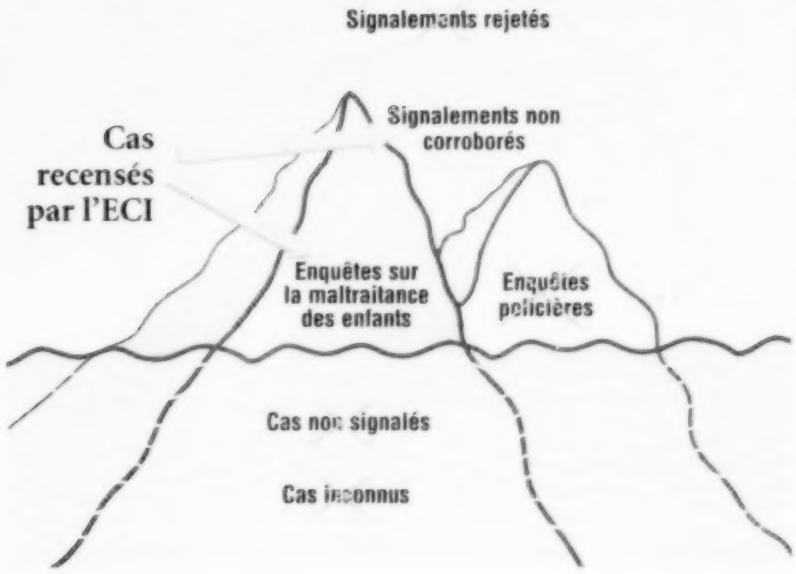
Le problème de la sous-déclaration

Puisque certains cas ne sont pas inclus dans l'étude, on considère généralement que les taux de mauvais traitements corroborés précisés dans l'ECI sous-estiment le taux d'incidence réel des cas de maltraitance au niveau de la population infantile.

Tel qu'illustré à la Figure 2, par exemple, l'ECI *ne comprend pas* :

- les nouveaux rapports sur des cas dont s'occupent déjà les services de protection de l'enfance;
- les signalements rejetés avant enquête (c.-à-d. les signalements où il n'y a pas assez d'information pour identifier la famille, comme le cas d'une femme anonyme qui frappe un enfant dans le stationnement d'un centre commercial);
- les enquêtes sur des allégations de cas connus uniquement de la police (comme un cas de violence familiale dans une famille avec des enfants que la police n'a pas signalé à une société de protection de l'enfance);
- les cas de mauvais traitements inconnus ou connus non signalés (comme le cas d'un prêtre qui sait qu'un enfant est victime de négligence et qui vient en aide à la famille dans le contexte de la paroisse au lieu d'aviser les services de protection de l'enfance).

Figure 2 : Échantillonnage – Partie de l'ECI



Échantillonnage

Le premier cycle de collecte de données de l'ECI s'est tenu en 1998 (ECI-1998) et a permis de compiler les données de 51 sites à l'échelle du pays — y compris trois sites autochtones — portant sur 7 672 enquêtes sur des cas de violence envers les enfants. Les données recueillies lors du second cycle (ECI-2003) ont été compilées à partir de 68 sites à l'échelle du Canada, y compris 10 sites autochtones. On estime que l'ECI-2003 fournira de l'information sur plus de 10 000 enquêtes sur des cas de violence envers les enfants.

L'échantillonnage s'effectue en plusieurs étapes et exige la sélection de sites et de cas. D'une part, les sites sont choisis au hasard à même la liste de toutes les sociétés de protection de l'enfance du Canada stratifiée selon la province ou le territoire et selon le statut d'Autochtone. On invite ensuite les responsables des sites à participer à l'étude. En cas de refus, on remplace ce site par un autre choisi au hasard parmi tous les sites restants figurant dans la liste.

À l'intérieur des sites participants, on choisit des cas actifs ayant fait l'objet d'une enquête par suite d'allégations de violence envers les enfants pendant la période de cueillette des données de trois mois (entre le 1er octobre et le 31 décembre 2003 dans le cas de l'ECI-2003). Fait notoire, l'ECI a mis au point des définitions fonctionnelles pour contourner diverses pratiques administratives et lois sur la protection de l'enfance. En dernier lieu, les données sont pondérées pour en arriver à produire des taux d'incidence nationaux annuels.

Cueillette des données

Dans chaque site, on enseigne aux enquêteurs de l'aide à l'enfance à se servir d'un outil de cueillette des données de trois pages. Le questionnaire fournit des renseignements sur la source du signalement, sur l'âge et le sexe de tous les enfants qui habitent le domicile en cause, sur les personnes qui en ont la charge, sur le ménage, sur les caractéristiques de fonctionnement de l'enfant, ainsi que sur le type, la durée et la gravité des mauvais traitements. Les données de l'ECI ne contiennent aucun identificateur personnel.

Forces et faiblesses

L'une des forces de l'ECI tient au fait que les données proviennent directement des travailleurs de l'aide à l'enfance à partir d'une série de définitions types. On évite ainsi certains problèmes inhérents aux pénuries de données et aux disparités régionales susceptibles d'amoindrir l'utilité des statistiques sur les services officiels déclarés. Cela dit, la méthodologie n'accommode pas un suivi à long terme des cas étudiés. En outre, puisque les données de l'ECI ont une portée nationale, elles ne permettent pas d'évaluer l'efficacité de programmes régionaux particuliers ou de comparer des résultats provinciaux et territoriaux. Par contre, les provinces et territoires ont le droit de procéder à des suréchantillonnages, une option qui permet de comparer leurs résultats aux estimations nationales produites.

L'ECI en action

En tant qu'étude cyclique, l'ECI sert à prévoir les tendances au fil du temps et sous-tend les mesures de prévention et d'intervention fondées sur la preuve. Le savoir accumulé peut s'appliquer à la pratique, à la recherche, à l'élaboration des programmes et politiques et à l'évaluation. Comme l'explique l'article en page 24, les résultats de l'ECI ont joué un rôle clé dans la transformation profonde de l'organisation des services de bien-être de l'enfance, ainsi que dans les discussions stratégiques portant sur la négligence des enfants et la violence familiale.

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-drao>.

L'ampleur du fléau de la violence envers les enfants au Canada

Lil Tonmyr, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), Santé Canada, et* **Lesley Doering**, *Division de l'enfance et de l'adolescence, Centre de développement de la santé humaine, DGSPSP, Santé Canada.*

Les facteurs à la source des manifestations de violence envers les enfants s'avèrent fort complexes. Le présent article examine l'ampleur du fléau de la violence envers les enfants au Canada et les facteurs de risque qui augmentent les probabilités qu'un enfant soit victime de maltraitance.

Introduction

Tel que souligné dans le cadre des articles précédents, l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI)[1] fournit les premières estimations nationales des cas de violence envers les enfants au Canada. Jointes aux données d'autres sources, ces estimations aident à définir la portée du problème et la gamme élargie des facteurs contributifs.

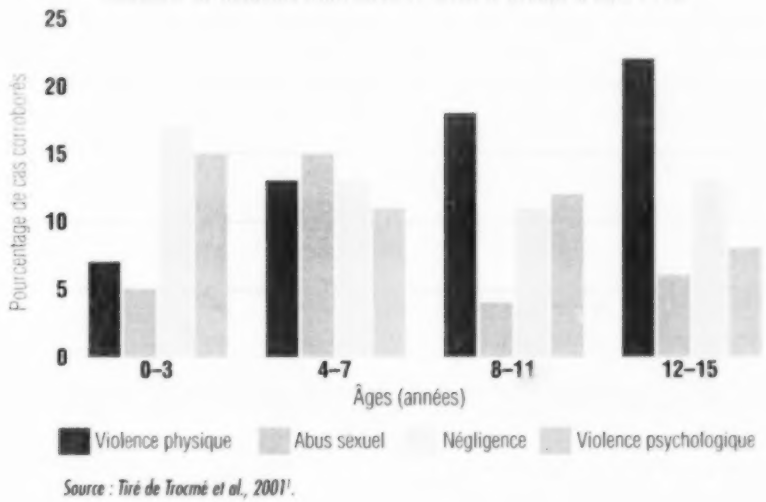
Incidence

Dans le jargon de l'aide à l'enfance, le terme **incidence** fait référence au nombre de nouveaux cas d'enfants victimes de mauvais traitements signalés aux sociétés de protection de l'enfance au cours d'une année donnée. En 1998, on a mené des enquêtes sur quelque 135 573 cas de violence envers les enfants à l'échelle du pays affectant 2,2 pour cent des enfants canadiens de 0 à 15 ans. De ce nombre, 45 pour cent étaient des cas corroborés répartis selon les quatre grandes catégories de maltraitance suivantes : la négligence (40 pour cent); la violence physique (31 pour cent); la violence psychologique (19 pour cent); et l'abus sexuel (10 pour cent)[1]. De ces cas corroborés, 51 pour cent concernaient les garçons alors que 49 pour cent concernaient les filles. Les Figures 1 et 2 révèlent en quoi les mauvais traitements varient selon l'âge et le sexe.

Puisque les taux d'incidence de violence envers les enfants se fondent sur les rapports officiels de mauvais traitements produits par les sociétés de protection de l'enfance, ils tendent à sous-estimer le nombre réel de cas d'abus. Cette situation s'explique de plusieurs façons[2] :

- beaucoup d'enfants victimes d'avis ne sont pas connus de la police ou des sociétés de protection de l'enfance;
- les enfants peuvent hésiter à déclarer qu'ils ont été victimes de mauvais traitements par crainte qu'on ne les croira pas ou d'être stigmatisés;
- les enfants sont dépendants, ce qui les rend plus vulnérables à l'intimidation;
- les enfants se blâment souvent pour les mauvais traitements dont ils sont victimes et peuvent associer la divulgation à des conséquences négatives comme l'éclatement de la famille ou le placement en foyer;
- les adolescents peuvent craindre de dire à leurs parents qu'ils sont victimes d'abus par crainte que ces derniers limitent leurs activités;

Figure 1 : Cas corroborés de mauvais traitements chez les garçons, selon la catégorie de mauvais traitements et selon le groupe d'âge, 1998



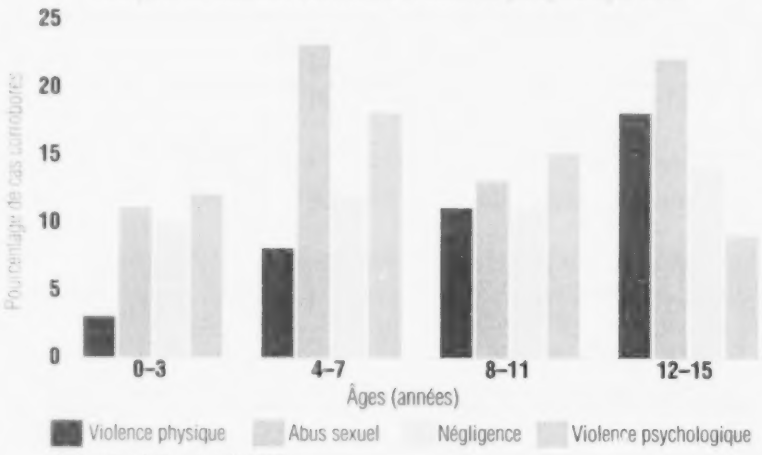
Source : Tiré de Trocmé et al., 2001[1].

- bien des gens sont d'avis que la vie familiale est une chose privée et craignent de s'immiscer dans le quotidien des autres;
- les professionnels peuvent ne pas reconnaître ou déclarer un cas de violence envers un enfant.

Prévalence

La prévalence fait référence à la proportion de population ayant été victime de mauvais traitements dans l'enfance. Malgré l'absence de données nationales sur la prévalence, les données recueillies dans le cadre d'une étude communautaire menée en Ontario (n=9 953, 15 à 64 ans) portent à croire que les cas de violence physique ou d'abus sexuel dans l'enfance sont chose commune et que le fait d'être victime de violence physique est plus courant chez les hommes (31,2 pour cent) que chez les femmes (21,1 pour cent). Les chiffres révèlent aussi que les femmes tendent plus à être victimes d'abus sexuel (12,8 pour cent) que les hommes (4,3 pour cent).[3] On a également demandé aux répondants de préciser s'ils avaient eu des contacts avec les services de protection de l'enfance dans leur jeunesse. Seul un petit nombre de victimes de violence physique (5,1 pour cent) ou d'abus sexuel (8,7 pour cent) disent avoir eu des contacts avec une société de protection de l'enfance[4], ce qui porte à conclure qu'un grand nombre de cas ne sont jamais signalés.

Figure 2 : Cas corroborés de mauvais traitements chez les filles, selon la catégorie de mauvais traitement et selon le groupe d'âge, 1998



Source : Tiré de Trocmé et al., 2001[1].

Tendances

Malgré la pénurie de données nationales, deux études ontariennes donnent un aperçu des changements survenus au plan de la violence envers les enfants au fil du temps.

L'*Étude ontarienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* s'est tenue en 1993 et en 1998, alors que l'Ontario procédait au suréchantillonage de l'ECI pour produire des estimations provinciales[5]. En cinq ans, le nombre estimatif total des cas de violence envers les enfants sujets à enquête a grimpé, passant de 44 900 cas à 64 888 cas, une hausse de 44 pour cent. La proportion de cas corroborés parmi tous les enfants de 0 à 15 ans a augmenté de 0,6 pour cent en 1993 à 1,0 pour cent en 1998, ce qui constitue une hausse statistiquement significative.

La Figure 3, qui compare le nombre estimatif d'enquêtes sur les cas de violence ou d'abus corroborés en Ontario en 1993 et en 1998 dans les quatre catégories de mauvais traitements, fait état d'une hausse radicale des signalements de cas de violence physique pendant cette période. Les

Point de mire sur les enfants autochtones

À l'heure actuelle, on ne dispose pas de données nationales sur la portée de la violence envers les enfants autochtones du Canada. Cela dit, le premier cycle de l'ECI visait trois centres de protection de l'enfance autochtone et une analyse exploratoire des données a été effectuée par des représentants de la *First Nations Child & Family Caring Society of Canada* (voir *Qui fait quoi?* en page 28). Les résultats portent à croire que les enfants autochtones sont plus susceptibles de faire l'objet de déclarations aux sociétés de protection de l'enfance que les enfants non autochtones et que la négligence constitue la forme première de violence dont sont victimes les enfants de ce groupe[6].

Tel qu'indiqué à l'article précédent, on a augmenté le nombre de centres de protection de l'enfance qui s'occupent des enfants autochtones lors du second cycle de l'ECI et on s'attend à ce qu'un plus grand nombre de chercheurs autochtones se penchent sur ces données. Pour accroître la composante autochtone de l'ECI, il importe de respecter certaines conditions, soit appuyer davantage la recherche centrée sur les autochtones dans le cadre de l'ECI; établir d'autres partenariats avec les sociétés de protection de l'enfance vouées aux enfants autochtones; et coordonner davantage les efforts gouvernementaux fédéraux à l'échelle des ministères desservant les collectivités autochtones.

analyses révèlent que cette hausse tient, en grande partie, au nombre accru de cas de châtiment inapproprié. Ceci peut témoigner d'une hausse réelle des cas de châtiment corporel inapproprié ou, ce qui semble plus probable, de l'intolérance croissante de la société face à toute forme de châtiment corporel à l'endroit des enfants, d'où un plus grand nombre de signalements aux organismes de protection de l'enfance. Même si le nombre de cas signalés d'abus sexuel a diminué, il importe d'examiner les données avec grande attention. Même si l'on observe des tendances similaires aux États-Unis, on ignore si cette baisse tient à une propension accrue à signaler les cas d'abus des enfants ou à l'adoption de politiques et de programmes de prévention plus efficaces.

En outre, l'incidence croissante des cas d'abus émotif et de négligence s'avère fort inquiétante. La hausse des cas d'abus émotif tient, en très large partie, à l'inclusion récente de l'exposition à la violence familiale comme fondement des enquêtes sur la violence émotive. Ceci fait ressortir l'urgence de mettre au point des programmes pour contrer les effets des conflits familiaux sur les enfants et les soignants. L'incidence croissante des cas signalés de négligence pourrait aussi tenir à une sensibilisation accrue aux effets néfastes de la négligence.

Pourquoi certains enfants sont-ils plus vulnérables que d'autres?

Les facteurs derrière les manifestations de violence envers les enfants sont complexes et profondément ancrés dans l'organisation des familles, des collectivités, des lieux de travail et de la société en général. Pour bien comprendre le phénomène de la violence envers les enfants, il faut examiner l'influence des déterminants de la santé physiques, sociaux et économiques globaux et déceler les facteurs qui augmentent la probabilité ou le risque de mauvais traitements. Dans un tel contexte, l'expression « facteur de risque » s'appliquera à toute variable — en rapport avec l'enfant, le parent ou la société en général — associée à la probabilité accrue qu'un enfant soit victime de maltraitance. Puisque la plupart des études menées jusqu'ici se concentrent sur la femme comme soignante principale, les facteurs de risque maternels, y compris le jeune âge de la mère et son faible taux de scolarité, ont attiré davantage l'attention que les facteurs de risque paternels, une situation à rectifier. À titre d'exemple, l'abus sexuel d'un enfant ne survient généralement pas en vase clos mais dans le contexte de problèmes coexistants, y compris d'autres formes de maltraitance[7].

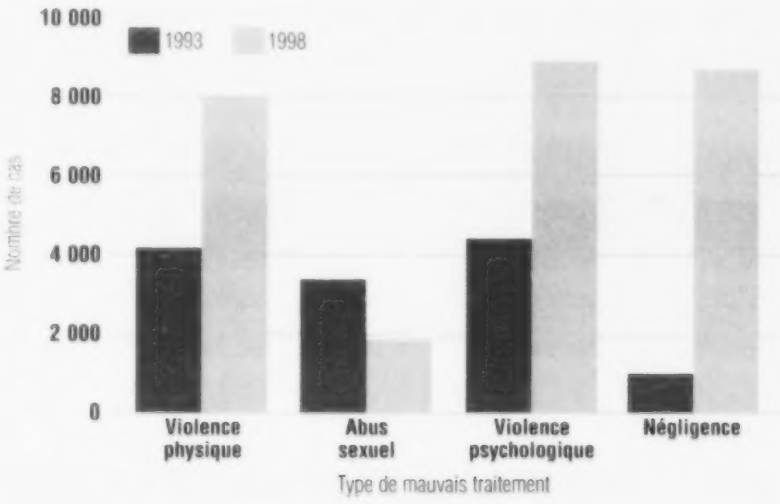
La recherche démontre que les facteurs de risque peuvent varier selon le type de mauvais traitement infligé à un enfant. On observe aussi des variantes au plan de la disponibilité des données qui servent à établir des liens entres des formes particulières de violence envers les enfants et des facteurs de risque spécifiques*.

Violence physique

La base de données probantes sur les indicateurs de risque est plus fournie dans le cas de la violence physique que des autres formes de maltraitance. Ceci pourrait tenir au fait que beaucoup de facteurs de risque liés à la violence physique sont des variables démographiques qui sont plus faciles à identifier que d'autres types de variables. Voici un aperçu des facteurs de risque associés à la violence physique[7] :

**Dans le présent article, l'information sur les facteurs de risque liés à la violence physique et l'abus sexuel provient d'un échantillon communautaire croisé. L'information sur les indicateurs de risque liés à la négligence est tirée d'une étude longitudinale prospective portant sur des cas officiellement enregistrés et des cas auto-signalés de violence envers les enfants aux États-Unis. L'information sur les facteurs de risque liés à la violence psychologique provient de cas signalés aux sociétés de protection de l'enfance du Québec.*

Figure 3 : Incidence des cas canadiens de mauvais traitement, selon le type de mauvais traitement, Québec, 1993 et 1998



Facteurs infantiles
- sexe masculin

Facteurs parentaux
- jeunesse de la mère, troubles psychiatriques et faible niveau de scolarité
- non participation à des cours prénataux
- famille monoparentale
- exposition à la violence physique, alcoolisme et toxicomanie, violence familiale dans l'enfance
- violence familiale
- grossesse accidentelle ou attitude parentale négative face à la grossesse
- isolement social ou manque de soutien social
- faible pratique religieuse

Facteurs sociaux
- faible statut socioéconomique
- grande famille
- stress récent dans sa vie

Abus sexuel

On possède peu d'indicateurs sur l'abus sexuel et ceux dont on dispose tendent à être imprécis. Le sexe de l'enfant, par exemple, constitue un facteur de risque identifié dans les cas d'abus sexuel, ce qui confirme la vulnérabilité accrue des filles. La liste suivante fait état de divers autres facteurs de risque associés à l'abus sexuel[7] :

Facteurs infantiles
- sexe féminin

Facteurs parentaux
- fait de vivre dans une famille sans un parent biologique
- mauvaises relations entre les parents, mauvaises relations entre les parents et les enfants
- présence d'un beau-père

Violence psychologique et négligence

Même si l'information sur les facteurs de risque liés à la **violence psychologique** est peu abondante, on a néanmoins réussi à identifier certains facteurs parentaux et sociaux, dont les suivants[8] :

Facteurs parentaux
- antécédents de maltraitance dans l'enfance
- violence familiale
- séparation/divorce
- antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme
- famille reconstituée

Facteurs sociaux
- faible statut socioéconomique

En ce qui touche la **négligence**, un grand nombre de facteurs de risque ont été identifiés[9] :

Facteurs infantiles
- anxiété et repli sur soi dans la petite enfance
- faible QI verbal de l'enfant

Facteurs parentaux
- sociopathie et psychopathologie parentale, conflit
- mauvais mariage
- toxicomanie et alcoolisme
- manque de dévouement et de la chaleur de la part des parents
- séparation précoce de la mère
- jeunesse de la mère, aliénation, colère, mécontentement, locus de contrôle externe, hostilité, faible estime de soi et maladie grave
- famille monoparentale

Facteurs sociaux
- faible statut socioéconomique
- grande famille

Corrélation et causalité

Puisque dans la plupart des cas, les études sur la violence envers les enfants se fondent sur des déclarations rétrospectives, les facteurs de risque associés aux mauvais traitements doivent être vus comme des facteurs de corrélation et non de causalité. Comme le précisent Kraemer et ses collègues, pour bien comprendre les causes de la violence envers les enfants, les recherches doivent être pleinement axées sur les facteurs de risque causals (des facteurs de risque variables qui peuvent modifier les résultats du risque)[10]. En ce sens, certains croient que seules les études longitudinales servant à glaner des données prospectives permettent d'établir quels facteurs constituent des indicateurs et, plus important, des facteurs de risque causaux (voir *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* en page 32). Quoique les données longitudinales s'avèrent préférables, les données croisées fournissent également des renseignements utiles. À titre d'exemple, les liens établis entre la négligence, la violence physique, la violence psychologique et la pauvreté doivent être davantage pris en compte au moment d'élaborer des politiques et des programmes.

Le mot de la fin

Une fois identifiés les facteurs de risque qui sous-tendent la violence envers les enfants, il importe de se demander pourquoi certains enfants exposés à un ou plusieurs types de violence affichent des séquelles à long terme alors que d'autres semblent moins affectés. Comme l'indiquent les articles suivants, il est essentiel de faire la lumière sur le phénomène de la tolérance à la violence pour établir les stratégies d'intervention qui conviennent[11].

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/orad-dror>.*

Liens entre la violence envers les enfants et la consommation abusive d'alcool et de drogues

Christine Wekerle, Ph.D., *Université de Western Ontario*, **Anne-Marie Wall, Ph.D.**, *Université York*, **Nico Trocmé, Ph.D.**, *Université de Toronto*, et **Eman Leung, M.A.**, *Centre de toxicomanie et de santé mentale. Cet article se fonde sur une étude commandée par la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC), Santé Canada. Les auteurs tiennent à souligner la participation et l'appui de Stéphane Racine, M.Sc., Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, DGSESC.*

Si la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les parents ne constitue pas un acte violent envers les enfants, on observe néanmoins diverses corrélations entre cette pratique et les mauvais traitements infligés aux enfants. Une récente analyse secondaire de l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants *(ECI) s'est penchée sur les liens entre les cas confirmés de consommation abusive d'alcool et de drogues chez les parents soignants et les cas corroborés de violence envers les enfants. Le présent article décrit la complexité des facteurs à la source de la violence envers les enfants et démontre en quoi l'ECI a servi à mettre en lumière ces types d'interaction.

Introduction

On observe maintes situations où la violence envers les enfants et la consommation abusive d'alcool et de drogues de la part des parents semblent aller de pair. Même si la consommation d'alcool ou de drogues des parents ne constitue pas, en soi, un mauvais traitement, ce comportement peut remettre en cause leur aptitude à s'acquitter efficacement de leurs responsabilités de soignants. De fait, les preuves s'accumulent à l'effet qu'un enfant qui vit et grandit en compagnie d'un adulte qui consomme beaucoup d'alcool ou de drogues est plus exposé que d'autres à subir des mauvais traitements[1]. Ces mauvais traitements peuvent se traduire par la pauvreté du ménage, un abandon parental qui peut durer plusieurs heures ou journées, le manque de disponibilité émotive et physique, ainsi que la capacité cognitive réduite de la personne. Ils peuvent également exposer l'enfant à des activités criminelles, à des substances illicites, voire à des personnes dangereuses.

Données sur la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les parents

L'ECI[2] offre un point de départ empirique pour l'étude des liens entre la violence envers les enfants et la consommation abusive d'alcool et de drogues de la part des parents. Santé Canada commandait récemment une analyse secondaire des données de l'ECI sur la consommation d'alcool et de drogues chez les parents dans le but de cerner les points de convergence entre la consommation abusive d'alcool et de drogues, les types de mauvais traitements infligés, les caractéristiques familiales et les résultats du cas. Les travailleurs sociaux identifiaient comme « confirmé » un cas de consommation abusive d'alcool ou de drogues si la situation avait été diagnostiquée, observée par le travailleur ou divulguée par le parent. On décrivait la consommation abusive d'alcool comme « toute consommation d'alcool posant un problème pour le ménage », alors que la consommation abusive de drogue se définissait comme « l'abus de médicaments sur ordonnance, de drogues illicites ou d'autres produits ».

L'analyse a révélé qu'une importante sous-population d'adultes faisant l'objet d'enquêtes des services de protection de l'enfance (15 pour cent) avait un problème confirmé de consommation abusive d'alcool ou de drogues. Plus de la moitié (59 pour cent) de cette sous-population était constituée de femmes. Ces parents, hommes et femmes, tendaient 1,5 fois plus que les autres à faire partie du groupe d'âge des 26 à 30 ans.

Les comparaisons entre les cas de l'ECI touchant les parents n'affichant aucun problème de consommation abusive d'alcool et de drogues et les cas de parents aux prises avec de tels problèmes révélaient ce qui suit en rapport avec les parents consommateurs :

- le rapport était une fois et demie plus susceptible de constituer un second signalement du cas de l'enfant, et la famille était près de trois fois plus susceptible d'avoir fait l'objet d'un signalement antérieur, y compris des signalements liés au cas d'un autre enfant;
- le rapport était plus de trois fois plus susceptible d'être considéré par les travailleurs sociaux comme un dossier à long terme, et le cas était au-delà de cinq fois plus susceptible d'aboutir à la soumission d'une demande au tribunal du bien-être de l'enfance.

Ces données portent à croire que les familles aux prises avec des problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues tendent plus à faire plus souvent appel aux services de protection de l'enfance que les autres et que leurs problèmes d'incompétence parentale semblent plus ancrés. Une telle situation n'a rien de surprenant, compte tenu du contexte de la consommation abusive d'alcool ou de drogues, à savoir que le rétablissement d'une consommation chronique est très difficile et les rechutes fréquentes[1].

Un mot au sujet des parents qui font un usage abusif d'alcool ou de drogues

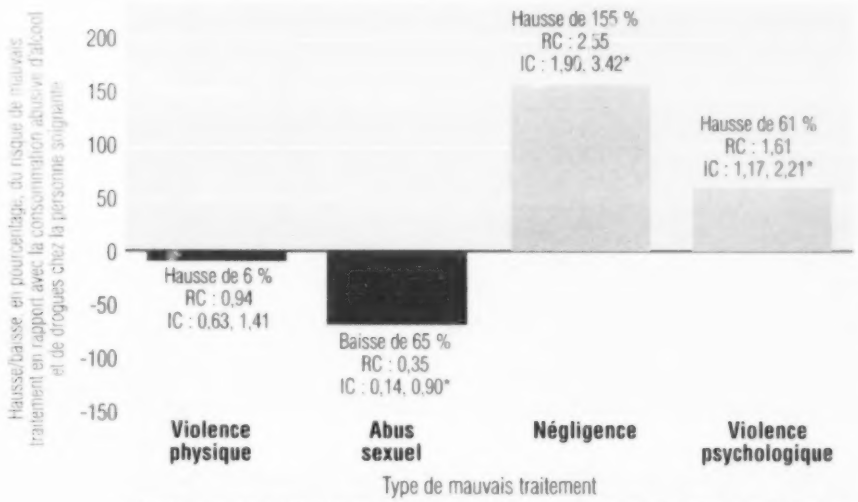
Les données de l'ECI révèlent que les parents avec un problème confirmé de consommation abusive d'alcool et de drogues sont nettement désavantagés aux plans personnel et socioéconomique, et que leur stabilité et leur sécurité résidentielles sont moins solides par rapport à la situation des parents libres de tels problèmes. Dans le cas des parents qui consomment de fortes quantités d'alcool ou de drogues par exemple, les probabilités de mauvais traitements dans l'enfance, de troubles de santé physique et mentale, de faible scolarisation et de bas revenu sont plus fortes et la probabilité d'habiter un logement insalubre ou temporaire est plus élevée. Pour mieux isoler les liens entre la consommation abusive d'alcool et de drogues des parents et les types de violence envers les enfants, ces facteurs parentaux et démographiques doivent être contrôlés dans les analyses statistiques, au même rang que l'âge et le sexe des enfants. Ainsi, quoique la négligence et les mauvais traitements à l'égard des enfants soient associés à une série de facteurs contextuels et inhérents aux enfants, cet article examine surtout les liens entre la consommation abusive et la maltraitance.

Négligence et violence psychologique

La consommation abusive d'alcool et de drogues chez les adultes, qu'il s'agisse des parents ou d'autres adultes ayant accès à l'enfant, est associée à tous les types de maltraitance, soit la violence physique, l'abus sexuel, la violence psychologique et la négligence. Les données révèlent un lien étroit entre la consommation abusive d'alcool et de drogues des parents et des types particuliers de violence envers les enfants, lorsque l'âge et le sexe de l'enfant et les facteurs parentaux et démographiques font l'objet d'un contrôle statistique.

La Figure 1 démontre l'existence de liens significatifs entre la consommation abusive d'alcool et de drogues confirmée chez les parents et les cas d'abus sexuel, de violence psychologique et de négligence, mais pas de violence physique. Ce qui frappe le plus, c'est la constatation que les cas de violence psychologique et de négligence sont très fréquents lorsque la consommation abusive d'alcool et de drogues par les parents est confirmée. En outre, la consommation abusive d'alcool et de drogues des parents est associée à une plus faible incidence d'abus sexuel (baisse de 65 pour cent). Il faut néanmoins reconnaître que dans de nombreux cas d'abus sexuel où la protection de l'enfance n'est pas en cause, les cas peuvent être aiguillés vers la police plutôt que vers les sociétés de protection de l'enfance. Lorsqu'on établit des

Figure 1 : Hausse/baisse du risque de mauvais traitement en rapport avec la consommation abusive d'alcool et de drogues chez la personne soignante, selon le type de mauvais traitement



L'âge et le sexe de l'enfant plus les caractéristiques de la personne soignante étaient contrôlés dans le cadre de l'analyse statistique. *Valeur-p<0.05.
IC — intervalle de confiance (95 %). RC — rapport de cotes.

comparaisons entre diverses structures familiales, on constate que les cas corroborés d'abus sexuel sont plus courants dans les foyers où vivent des hommes seuls et où la consommation abusive d'alcool et de drogues a été confirmée.

De façon plus spécifique, le risque de négligence corroboré était 1,5 fois plus élevé dans les familles où les parents consommaient beaucoup d'alcool et de drogues que dans les autres familles visées par l'ECI. Dans tous les cas, c'est surtout au sein des ménages constitués d'un parent biologique et d'un beau-parent que les manifestations de négligence étaient les plus fréquentes. Mais quand la consommation abusive d'alcool et de drogues posait un problème, on remarquait plus de cas de négligence dans les familles ayant à leur tête une mère monoparentale. Cette situation porte à croire que ces derniers types de familles ont besoin d'aide additionnelle pour fournir des soins adéquats aux enfants lorsque les parents subissent des traitements en raison d'une consommation abusive d'alcool et de drogues.

Le risque de violence psychologique, dont le fait d'être témoin de violence familiale, était 61 pour cent plus élevé dans les familles affichant des problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues. Ces résultats sont conformes à la recherche qui révèle une forte corrélation entre la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les adultes et la violence familiale[1,3]. Pour sa part, la violence psychologique était surtout causée par un parent biologique et un beau-parent agissant ensemble, une observation qui valait aussi lorsque la consommation abusive d'alcool et de drogues était également en jeu.

Une question pressante demeure en suspens, soit la coordination de la prestation des services. Compte tenu de la forte incidence de rechute, il importe d'établir quelle est la meilleure façon d'offrir des services coopératifs et coordonnés. Il faut songer à des modèles qui permettent de synchroniser efficacement les services offerts par les sociétés de protection de l'enfance, les refuges pour femmes battues, les services policiers, les centres de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les services de soutien communautaire et les programmes de formation parentale de façon à favoriser la récupération à long terme de la dépendance. Les intervenants œuvrant dans le domaine de la toxicomanie n'arrivent toujours pas à s'entendre sur les façons d'intervenir pour offrir les meilleurs traitements possibles aux adultes et régler du même coup les problèmes de violence et de consommation abusive d'alcool et de drogues[1]. Quoi qu'il en soit, l'intervention précoce est fort indiquée, compte tenu des effets néfastes des traumatismes cumulatifs chroniques sur la structure et les fonctions du cerveau en développement[3,4].

Connaissances actuelles

Les enfants de parents surveillés par le système de bien-être de l'enfance en raison de problèmes confirmés de consommation abusive d'alcool et de drogues tendent plus à souffrir de négligence et de violence psychologique que les autres. Malheureusement, le traitement des cas de consommation abusive d'alcool et de drogues chez les adultes présente un constant défi une fois que les comportements sont ancrés dans le répertoire et ces parents sont susceptibles de perpétuer ces problèmes parentaux[1,5]. Même si les parents aux prises avec des problèmes de consommation abusive d'alcool et de drogues ne sont associés qu'à une faible proportion (15 pour cent) des cas signalés de mauvais traitements, ils ont plus tendance à faire l'objet de signalements répétés aux services de protection de l'enfance[5]. Leurs adolescents tendent à quitter l'école tôt et sont au moins quatre fois plus aptes à souffrir de problèmes psychologiques, y compris la dépression, la consommation abusive d'alcool et de drogues et un comportement antisocial[6].

Puisque la consommation abusive d'alcool et de drogues des parents et les manifestations de violence familiale sont des variables explicatives de signalements répétés aux services de protection de l'enfance[7,8], les résultats de la présente analyse soulignent l'urgence de mener des études sur le dépistage régulier de la consommation abusive d'alcool et de drogues des parents visés par les enquêtes des services de protection de l'enfance. Pour ce faire, on peut utiliser diverses mesures de dépistage valides élaborées à d'autres fins mais adaptables à ce genre d'évaluation[9]. Comme dans le cas de la plupart des groupes de professionnels de la santé, la formation offerte aux travailleurs sociaux en matière d'alcoolisme et de toxicomanie n'est pas assez poussée. En plus de fournir des orientations sur les évaluations et la formation, ces analyses font ressortir l'importance cruciale d'adopter des stratégies axées sur la prévention de la violence envers les enfants et sur la consommation abusive d'alcool et de drogues.

Orientations futures

Pour contrer la violence à l'endroit des enfants, il faut se doter d'un programme de recherche national intégré et pleinement axé sur un solide leadership scientifique et communautaire, puis en faire le fondement de services empiriques multidirectionnels. Les études sur le bien-être de l'enfance doivent nécessairement inclure des activités permanentes de surveillance et d'évaluation de la qualité, tout comme une démonstration de leurs effets sur le sain développement des enfants et la prévention de la violence à leur endroit. Il faut mettre sur pied des projets essentiels, y compris l'instauration d'une base de données nationale

Suite à la page 33

Séquelles
immédiates et prolongées des mauvais traitements

Richard De Marco, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, et* **Jennifer Phelan**, *Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

À long terme, la violence envers les enfants peut avoir de graves séquelles sur la santé et le bien-être des enfants, des familles et de la collectivité en général. Cet article s'intéresse aux séquelles physiques, psychologiques et comportementales immédiates et prolongées des actes de violence envers les enfants en présentant les résultats tirés de deux sources de données nationales de Santé Canada sur les enfants et les adolescents.

Deux sources de données nationales

De nombreuses études internationales confirment le fait que la violence envers les enfants a des séquelles immédiates et prolongées sur la santé et le bien-être des jeunes, y compris la détresse psychologique[1,2] et le suicide[3] chez les victimes d'abus sexuel et des sévices physiques comme des ecchymoses et des coupures chez les victimes de violence physique[4]. Les mauvais traitements peuvent aussi donner lieu à des comportements à risque comme la consommation de drogues et les relations sexuelles non protégées[5].

Il existe deux sources de données de Santé Canada qui fournissent d'importants renseignements sur les mauvais traitements infligés aux enfants et aux adolescents. L'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) fournit des données d'incidence à partir d'un échantillon de cas de maltraitance ayant fait l'objet d'enquêtes dans les 13 provinces et territoires. La *Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada* (SAJRC) est un système de surveillance national multicentrique en coupe qui se penche sur les jeunes de la rue au Canada. Alors que l'objectif premier de la SAJRC consiste à produire des données sur les infections transmises sexuellement (ITS) et sur les comportements à risque, il permet également de glaner des données sur les cas de maltraitance à la maison et dans la rue (comme l'exploitation sexuelle).

Ces sources offrent une occasion unique d'étudier l'incidence des mauvais traitements au niveau de deux groupes différents. De fait, l'ECI se concentre sur les jeunes victimes de mauvais traitements ayant fait l'objet d'une enquête officielle alors que la SAJRC examine les circonstances de jeunes qui, en raison de leur mode de vie marginal, peuvent ne pas obtenir les soins dont ils ont besoin par suite de mauvais traitements subis dans le passé. La première source fournit des données détaillées sur la violence envers les enfants dès leur manifestation et indique que les effets sur la santé varient selon le type de mauvais traitement subi. Le second porte à croire que la violence envers les enfants peut avoir de graves séquelles à long terme sur les comportements de santé malgré la présence d'autres éléments stressants de la vie.

Faits saillants de la méthodologie

La section ci-dessous décrit brièvement les mesures de résultats qui s'avèrent intéressantes au niveau de l'ECI. Voir la page 10 pour une description plus complète des méthodes d'enquête utilisées dans le cadre de l'ECI.

- On évalue les **sévices liés aux mauvais traitements** comme des sévices physiques (c.-à-d. une blessure) et des sévices psychologiques. Les deux sont évalués par des travailleurs sociaux au moment de l'enquête et sont signalés si l'on sait ou l'on croit qu'ils peuvent résulter de mauvais traitements. La confirmation clinique des sévices ne fait pas partie de l'étude.
- On qualifie de **sévices physiques** : les ecchymoses, coupures, égratignures, brûlures, os brisés, traumatismes à la tête et autres blessures. L'ECI précise également si l'on a fait appel à un médecin pour soigner la blessure.
- Les **sévices psychologiques** sont plus difficiles à déterminer. Les travailleurs sociaux prennent en note tout changement observé au niveau du développement de l'enfant (p. ex, une régression ou un repli sur soi), de la maîtrise de soi (p. ex., les habitudes de sommeil ou d'élimination) ou les émotions (p. ex., pleurer). On détermine la gravité selon que ces changements exigent ou non une intervention thérapeutique.

La SAJRC repose sur un échantillon de commodité de 1 733 jeunes de 15 à 24 ans recrutés dans les refuges de sept grandes villes canadiennes. L'étude s'est déroulée en quatre cycles — cette analyse utilise les données du Cycle 2 recueillies entre février et octobre 1999. Pour expliquer les données, des infirmières de santé publique ont administré un questionnaire de 24 pages qui comprenait, entre autres, des questions sur l'activité physique, les ITS, la consommation de drogues et les conditions de vie. Aux fins du présent article, on a défini comme victimes de mauvais traitements les jeunes de la rue qui disaient avoir quitté le domicile familial pour des motifs de violence physique, de violence psychologique ou d'abus sexuel. Il importe de noter que les jeunes de la rue font face à des défis uniques et qu'on ne peut appliquer les conclusions de l'étude à l'ensemble des enfants canadiens.

Plus des trois cinquièmes (62 pour cent) de l'échantillon étaient de sexe masculin et la moyenne d'âge s'établissait autour de 19 ans. Au plan ethnique, plus du quart des jeunes (28 pour cent) s'affichaient comme des Autochtones.

Le Tableau 1 permet de comparer ces deux systèmes de surveillance.

Séquelles immédiates de l'ECI

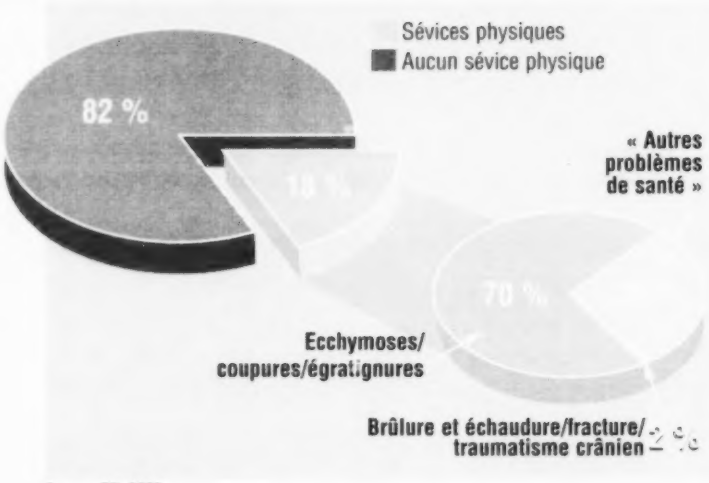
Sévices physiques

L'ECI fournit de l'information sur les incidences de blessures et de détresse émotive observées au sein d'un échantillon d'enquêtes sur les cas de violence envers les enfants. Certains types de sévices physiques sont évidents aux yeux des travailleurs sociaux dans 18 pour cent des cas corroborés. On constate l'existence de blessures dans 44 pour cent des cas corroborés de violence physique. En outre, on observe des sévices associés à d'autres formes de violence, en

Tableau 1 : Comparaisons entre l'ECI et la SnJRC

ECI, 1998 (n=7 672)	SAJRC, 1999 (n=1 733)
• échantillon randomisé de nouvelles enquêtes sur des cas de violence envers les enfants effectuées par les services de protection de l'enfance (excluant les enquêtes menées par d'autres instances, comme les rapports de police ou d'hôpital)	• questionnaire administré par l'infirmière portant sur les ITS, les comportements à risque et les mauvais traitements passés, sondage en boule de neige (recrutement de pairs) auprès des jeunes de la rue et des jeunes dans les halte-accueil
• enfants et adolescents de 0 à 15 ans	• jeunes de 15 à 24 ans
• échantillon représentatif au plan national (13 provinces/territoires, échantillonnage stratifié)	• sept grands centres urbains (Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa et Halifax)
• comprend des mesures pour évaluer les cas de violence physique, d'abus sexuel, de violence psychologique et de négligence; examine aussi les corollaires de la maltraitance (caractéristiques de l'enfant, de la famille et du responsable) et les effets de la violence envers les enfants (comme les sévices physiques et psychologiques)	• comprend des mesures pour évaluer les cas de violence physique, d'abus sexuel et de violence psychologique, ainsi que l'information socio-démographique et les données sur les caractéristiques familiales et les conditions de vie, les interactions avec les groupes de soutien social et l'appareil judiciaire, les antécédents et comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues et le bien-être émotionnel, entre autres
• repris à intervalles réguliers (tous les cinq ans)	• repris à intervalles réguliers (tous les deux ans)

Figure 1 : Sévices physiques immédiats dans les cas corroborés de mauvais traitement infligé à un enfant, 1998



Source : ECI, 1998.

particulier la négligence (10 pour cent), l'abus sexuel (8 pour cent) et la violence psychologique (1 pour cent)[6]. Comme l'indique la Figure 1, les deux types de blessures les plus courants dans les cas corroborés de violence envers les enfants sont les ecchymoses, les coupures et les égratignures (environ 70 pour cent de tous les sévices physiques), suivis « d'autres problèmes de santé »* (environ 28 pour cent de tous les cas de sévices physiques). Environ 24 pour cent des cas corroborés de mauvais traitement accompagnés de blessure exigent des traitements médicaux.

Sévices psychologiques

Les cas de sévices psychologiques s'avèrent plus fréquents que ceux de sévices physiques dans les cas corroborés de mauvais traitements. La Figure 2 illustre la proportion de jeunes de chaque catégorie souffrant des séquelles émotionnelles de la violence envers les enfants. On note l'existence de violence psychologique dans 34 pour cent environ des cas corroborés. Même si la plus forte incidence de violence psychologique découle de l'abus sexuel (47 pour cent), la négligence, la violence physique et la violence psychologique engendrent également des sévices psychologiques, tant chez les garçons que les filles. Environ 21 pour cent des cas corroborés de violence psychologique exigent des traitements médicaux.

Somme toute, il appert que les sévices psychologiques sont plus étroitement liés à la maltraitance qu'aux blessures physiques. On note néanmoins que ces deux types de sévices ne sont pas mutuellement exclusifs puisque dans 8 pour cent environ des cas corroborés, les enfants sont à la fois victimes de sévices physiques et émotionnels.

**Les cas d'asthme non soignés ou un manque de développement non organique, par exemple.*

Différences selon le sexe

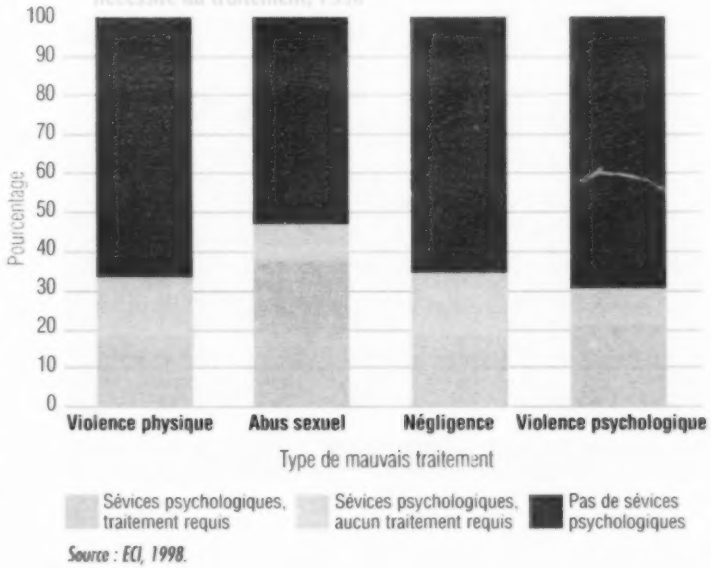
Les jeunes victimes de mauvais traitements ne vivent les mêmes expériences selon qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille. Même si les taux globaux de violence envers les enfants sont très similaires d'un sexe à l'autre, les données de l'ECI indiquent que les cas corroborés de violence physique sont plus fréquents chez les garçons (60 pour cent) alors que les filles sont plus souvent victimes d'abus sexuel (69 pour cent). La négligence et la violence psychologique affectent en proportions égales les garçons et les filles.

L'incidence de sévices physiques et de sévices psychologiques varie également en fonction du sexe. En général, les filles victimes d'abus sexuel et physique tendent plus à afficher des signes de sévices psychologiques que les garçons, quoique l'écart ne soit pas statistiquement significatif (voir le Tableau 2). Il en va de même des sévices physiques qui semblent plus probables chez les victimes féminines de violence physique ou d'abus sexuel (voir le Tableau 3).

Séquelles prolongées : La SAJRC

La violence envers les enfants peut également avoir des effets à long terme profonds et complexes sur la santé. La SAJRC facilite l'examen des liens entre la maltraitance et

Figure 2 : Mauvais traitement infligé à un enfant et sévices psychologiques immédiats, selon le type de mauvais traitement et selon la nécessité du traitement, 1998



Source : ECI, 1998.

Tableau 2 : Violence envers les enfants et sévices psychologiques immédiats, selon le type de mauvais traitement et selon le sexe, 1998

Pourcentage de cas corroborés où l'on note la présence de sévices psychologiques

	Violence physique	Abus sexuel	Négligence	Violence psychologique
Filles	37 %	50 %	36 %	32 %
Garçons	32 %	42 %	36 %	31 %

Tableau 3 : Violence envers les enfants et sévices physiques immédiats, selon le type de mauvais traitement et selon le sexe, 1998

Pourcentage de cas corroborés où l'on note la présence de sévices physiques

	Violence physique	Abus sexuel	Négligence	Violence psychologique
Filles	49 %	9 %	11 %	—
Garçons	45 %	—	12 %	—

— Certaines barres ont été omises parce que les estimations sont faibles et non fiables statistiquement. *Source : ECI, 1998.*

les comportements subséquents qui mettent en péril la santé et le bien-être à long terme d'un groupe particulier de jeunes.

Comme l'illustre la Figure 3, 28 pour cent (477) des jeunes de la rue disent avoir quitté le domicile familial parce qu'ils étaient victimes d'une forme quelconque de violence : 22 pour cent pour cause de violence psychologique, 17 pour cent pour cause de violence physique et 5 pour cent pour cause d'abus sexuel.

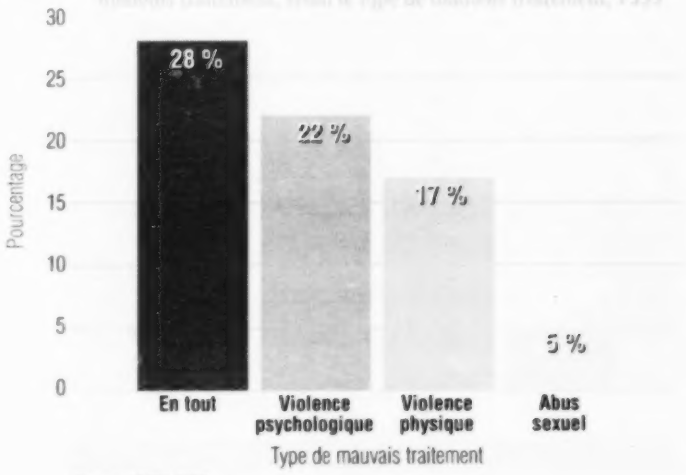
L'analyse des données de la SAJRC confirme l'association entre divers comportements à risque des jeunes de la rue et leur exposition à la violence, qu'elle soit de nature psychologique, physique ou sexuelle. À titre d'exemple, les jeunes de la rue victimes de mauvais traitements étaient nettement plus susceptibles** d'apprendre qu'ils souffraient d'une ITS que ceux n'ayant pas subi de mauvais traitements (28 pour cent contre 18 pour cent). Les jeunes de la rue maltraités disaient également avoir eu un nombre moyen de partenaires de vie nettement plus élevé que leurs homologues non maltraités (34 partenaires contre 16 partenaires). En outre, les jeunes de la rue victimes d'une forme de violence quelconque avaient nettement plus tendance à s'être adonnés au commerce sexuel que ceux qui n'ayant pas été victimes de violence (34 pour cent contre 18 pour cent). Ils tendaient surtout à offrir leurs services sexuels en échange d'argent (69 pour cent), de drogues, d'alcool, de cigarettes (15 pour cent) ou d'un logement (10 pour cent). Finalement, les jeunes de la rue victimes de mauvais traitements avaient nettement plus tendance que les autres à utiliser des drogues injectables (26 pour cent contre 18 pour cent). La violence physique, l'abus sexuel et la violence psychologique étaient indépendamment et fortement associés à la consommation de drogues injectables et au commerce sexuel.

Différences selon le sexe

Le sexe constitue un important facteur de l'étude sur les jeunes de la rue et les comportements à risque. Dans le cadre de ce cycle de la SAJRC, le ratio homme-femme s'établissait à 1,6 : 1. Tel qu'illustré à la Figure 4, les adolescentes de la rue avaient nettement plus tendance que leurs homologues masculins à avoir quitté le domicile familial pour cause de violence psychologique, de violence physique ou d'abus sexuel (34 pour cent contre 24 pour cent).

En outre, les adolescentes de la rue tendaient beaucoup plus que leurs homologues masculins à signaler des types de violence particuliers : violence psychologique (28 pour cent des femmes contre 19 pour cent des hommes); violence physique (22 pour cent contre 14 pour cent); et abus sexuel (8 pour cent contre 3 pour cent). Les liens entre un passé violent et le commerce sexuel, la consommation de drogues injectables et le nombre moyen de partenaires de vie demeuraient significatifs lorsqu'on analysait séparément les cas de femmes et d'hommes.

Figure 3 : Jeunes de la rue ayant quitté le domicile familial pour cause de mauvais traitement, selon le type de mauvais traitement, 1999



Source : SAJRC, 1999.

***Toutes les associations statistiquement significatives affichaient une valeur-p< 0,05.*

Une relation complexe

Les résultats tirés de ces deux sources de données font la lumière sur diverses séquelles physiques, psychologiques et comportementales immédiates et prolongées des mauvais traitements infligés aux enfants et aux adolescents canadiens. Dans les deux cas, les données indiquent que les perceptions générales de la violence à l'endroit des enfants doivent être revues. Alors que les politiques et les médias portent surtout attention à la violence physique et à l'abus sexuel, on doit aussi se préoccuper des effets pernicieux de la négligence et de violence psychologique qui peuvent s'avérer fort dommageables eux aussi.

Les études démontrent que l'association entre la violence à l'endroit des enfants et les sévices subis est complexe et que les séquelles ne sont pas toujours claires. À l'instar de nombreux enjeux de santé, les liens entre un facteur prédisposant et un résultat sont souvent tributaires de facteurs contextuels. À titre d'exemple, la gravité des sévices psychologiques affectant une jeune victime d'abus sexuel dépend souvent de la durée et du type d'acte violent à l'endroit de l'enfant, de son âge, de sa relation avec l'agresseur et de son accès à un soutien émotif et social[7]. De plus, les séquelles ne sont pas toujours immédiates. Dans bien des cas, elles résultent de complexes interactions entre divers facteurs de stress et de préservation comme le soutien social et l'estime de soi, qui interagissent à différents moments de la vie d'une personne. Pour mettre en place des interventions et des traitements efficaces, il importe de comprendre cette relation complexe.

Autres facteurs probablement liés aux sévices

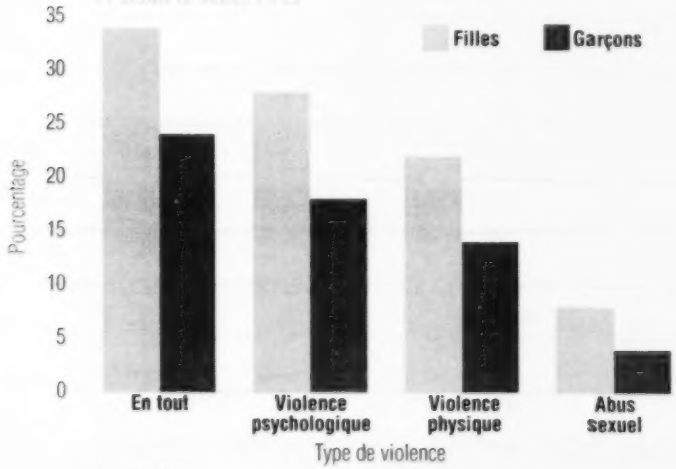
- Durée et gravité des mauvais traitements
- Âge et sexe de l'enfant
- Lien avec l'agresseur
- Appui d'un parent non agresseur

Même si d'importantes questions restent sans réponse, l'ECI et la SAJRC constituent d'importantes composantes d'une grande stratégie de surveillance nationale de la violence envers les enfants. Les deux sources font ressortir des effets négatifs de la violence physique, de l'abus sexuel et de la violence psychologique dont sont victimes les jeunes. De plus, l'ECI démontre l'impact négatif de la négligence sur la santé des enfants. Pour être pleinement efficaces, les mesures d'intervention et de prévention engagées doivent prendre en compte tous les aspects du problème.

Répercussions

Les données mettent en lumière des enjeux de taille au plan des politiques et des programmes. D'une part, il appert que les fournisseurs de services de santé publique doivent tenir compte du passé violent des jeunes de la rue qu'ils desservent. Les jeunes de la rue tendent plus que d'autres à afficher des comportements malsains, surtout s'ils ont été victimes de maltraitance dans l'enfance. Par conséquent, les questionnaires utilisés pour évaluer ces jeunes devraient inclure des questions sur les sévices passés. Une fois que ces jeunes à risque élevé ont été identifiés, on pourrait leur offrir des orientations et de l'aide additionnelles pour les inciter à réduire leurs comportements dangereux. D'autre part, puisque la violence perpétrée à l'endroit d'un enfant le prédispose à des comportements pouvant mettre en péril sa santé, les résultats font ressortir l'urgence d'accroître la vigilance pour mieux protéger les enfants de la violence et de la négligence. Dans le cas des jeunes de la rue, la victimisation précoce a des incidences sur des aspects cruciaux de la santé *même si* leur mode de vie actuel est teinté de misère et de difficultés extrêmes. Si les effets de la violence envers les enfants sont aussi dangereux et profonds, il va de soi que la question mérite d'être examinée dans le contexte des politiques de santé publique. L'information découlant des deux sources de données de Santé Canada est à la base des efforts de prévention intenses qu'il faudra déployer dans un cadre de santé publique intégré.

Figure 4 : Jeunes de la rue ayant quitté le domicile familial par suite de mauvais traitement, selon le type de mauvais traitement et selon le sexe, 1999



Source : SAJRC, 1999.

Les auteurs tiennent à remercier Margaret Herbert, Cara Bowman et Michelle Wesley de leur précieuse participation à la rédaction de ce texte.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-drao>.*

Le grand saut du savoir à l'action

Peter Dudding, *directeur général, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, et* **Margaret Herbert**, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

Jusqu'ici, les lois, les politiques et les pratiques sur le bien-être de l'enfance reposaient surtout sur les valeurs, les idéologies, l'expérience et la disponibilité des ressources. Mais le nombre croissant de données probantes est en voie de constituer une base suffisante pour soutenir les politiques et les pratiques. Cet article examine l'évolution de la base de données probantes, décrit les forces et faiblesses des systèmes actuels de cueillette de données et fournit des exemples de liens de plus en plus étroits entre le savoir et l'action.

Le changement en contexte

Dans le passé, les services de protection de l'enfance du Canada avaient souvent du mal à accéder à l'information générée lors des activités de cueillette, de suivi et d'évaluation des données. Par conséquent, on a souvent modifié des choses sans examiner à fond les facteurs contextuels et les répercussions éventuelles que seule une surveillance systématique et les recherches sous-jacentes étaient en mesure de fournir. Mais cette situation est en voie de changer. L'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) offre dorénavant aux services de protection et de santé des enfants des points de référence nationaux. Malgré sa portée limitée, ce système de surveillance national fournit de précieux renseignements qui servent à appuyer les efforts des intervenants de l'aide à l'enfance en vue d'améliorer la qualité de vie des enfants vulnérables.

En mettant sur pied l'ECI, Santé Canada et ses partenaires contribuent grandement à la mise au point d'un système intégré et global de surveillance axé sur la santé et le développement des enfants canadiens. Les liens établis avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de la société civile, les professionnels et les chercheurs s'avèrent essentiels pour en arriver à un consensus sur le développement et l'application des sources de données canadiennes menant à l'instauration d'une véritable culture « du savoir à l'action ».

La difficile mobilisation du savoir

Le mouvement actuel en faveur d'une imputabilité accrue au plan de l'élaboration et de la prestation des services de protection de l'enfance amplifie l'importance de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation. Les systèmes de surveillance et les réseaux de recherche multidisciplinaire qu'on saura mettre en œuvre engendreront le savoir requis pour étoffer les lois, les politiques et les pratiques.

Une étape cruciale consiste à garantir que les connaissances serviront aux instances les mieux équipées pour y donner suite. En ce sens, il faudra convertir les méthodes de diffusion passive en activités de mobilisation du savoir créatives et interactives, tel que décrit à la Figure 1. Dans le cas de ce

Figure 1 : Cycle de mobilisation du savoir axé sur la santé et le bien-être de l'enfant

Types de surveillance/ recherche
Clinique (travail social et santé)
Santé et services sociaux
Déterminants de la santé
Science fondamentale
Information sur la recherche et la surveillance
Conversion du savoir
Mesures fondées sur la preuve
Secteurs desservis
Services de protection de l'enfance/Services sociaux
Santé
Application de la loi/Justice
Éducation
Loisirs
Médias/Public
Actions : Pratiques • Politiques publiques • Recherches additionnelles • Financement et soutien • Services à l'enfance et à la famille

modèle, on intègre l'information issue de plusieurs secteurs et sources pour créer des produits du savoir et les mettre à la disposition des bons usagers. Ce savoir en vient à constituer le fondement de mesures qu'on peut vérifier et évaluer dans le cadre d'activités de surveillance et de recherches ultérieures. En bout de ligne, ces efforts entraînent la mise en oeuvre d'un système national de surveillance de la santé et du bien-être de l'enfance à la fois proactif et rétroactif pour garantir que le contrôle et la surveillance engendreront des politiques et des pratiques améliorées, et vice versa.

Un bon point de départ

Même si l'ECI répond à un besoin unique de données ponctuelles sur le bien-être de l'enfance, l'étude ne constitue qu'un élément parmi d'autres jugés nécessaires. À titre d'exemple, on a également besoin d'information sur les cas non signalés dans le contexte d'autres services, comme ceux offerts par la police et les hôpitaux.

Divers autres projets de cueillette de données axés sur la santé et le bien-être des enfants ont été engagés et qui, associés à l'ECI, peuvent aider à faire la lumière sur des questions fort complexes. Le *Rapport statistique sur les services à la famille et à l'enfance* (CFS), l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), le projet canadien *S'occuper des enfants* (SOCEN) et la *Matrice d'indicateurs des résultats en protection de l'enfance* (MIR) constituent tous des sources possibles d'information sur les enfants vulnérables (voir *Qui fait quoi?* en page 28). Mais jusqu'à présent, il n'a pas été possible de comparer tous les résultats en raison de la capacité de recherche réduite.

Il n'est pas facile de faire la transition de méthodes d'échantillonnage périodique limité (comme celle de l'ECI) à des systèmes à base élargie. À titre d'exemple :

- La comparabilité des données à l'intérieur des systèmes provinciaux et territoriaux, et entre ces divers systèmes, est restreinte en raison des variances dans les définitions, les classifications et les modes de cueillette des variables clés. En outre, il importe d'investir davantage en vue d'élargir et d'améliorer les systèmes en place.
- On court le risque que la collecte de données impose un surcroît de travail à des employés de première ligne déjà surchargés par l'énorme fardeau administratif.
- Le manque de capacités et l'absence de cadres de travail précis empêchent les organismes d'utiliser les données au meilleur escient possible.

- Il s'avère difficile et coûteux d'atteindre les groupes d'enfants à risque.
- Aucune grande enquête sur la santé de la population ne sert à recueillir de l'information sur la maltraitance et la négligence dans l'enfance.

Il importe d'améliorer notre aptitude à comparer les données de diverses études et recherches nationales puis à les désagréger au service des régions, des provinces, des territoires et des localités. Ce partage intersectoriel de l'information repose sur une solide documentation au niveau local, sur des définitions et des systèmes de classification communs et sur des variables de cueillette similaires. Les systèmes doivent aussi s'avérer pertinents et utiles pour un grand nombre d'usagers et de clientèles. Les entrepôts de données propres aux secteurs de la justice, de l'exécution de la loi, de l'éducation et de la santé devront aussi être reliés et consolidés pour mieux appuyer l'analyse des tendances et des résultats.

Liens entre la preuve et l'action

Il faut déployer de constants efforts en vue de perfectionner et d'intensifier les activités de surveillance et de recherche. Mais comme l'illustrent les exemples suivants, les résultats de l'ECI et d'autres sources ont déjà commencé à orienter les politiques et les pratiques dans quelques domaines clés.

Accent sur la négligence

L'Alberta est la première compétence à modifier considérablement son système de bien-être de l'enfance à partir des données de l'ECI. En novembre 2001, le ministère des Services à l'enfance de l'Alberta engageait une série de transformations stratégiques en dotant ses services de protection de l'enfance d'un nouveau modèle d'intervention, l'Alberta Response Model (ARM). Le ARM souscrit au principe que la protection des enfants, la prévention de la maltraitance et la consolidation des familles doivent être ancrées dans un continuum de services[1].

Les données de l'ECI fournissent des renseignements fort utiles au processus d'élaboration des politiques. Le fait de comprendre, par exemple, que la plupart des aiguillages de la protection de l'enfance sont fermés au moment de l'admission ou après l'évaluation initiale s'est avéré essentiel à la mise au point de l'approche « différentielle » de l'ARM. Ce nouveau modèle de prestation intègre deux avenues de services : la protection des enfants et l'amélioration des familles. Les services axés sur l'amélioration des familles recoupent une gamme de services communautaires qui visent à contrer les problèmes liés à la négligence des enfants. Suivant la transition vers le modèle de ARM, le ministère s'est engagé à mesurer les résultats, désignant la récurrence des incidences de mauvais traitements comme un indicateur clé. L'Alberta procédera au suréchantillonnage de l'ECI-2003 dans le but de garantir la disponibilité des données sur la violence envers les enfants à l'échelon provincial.

Nombre d'autres provinces et territoires, y compris la Colombie-Britannique, ont manifesté de l'intérêt envers ce genre de modèle.

Transformation des pratiques de protection de l'enfance

Le public et la collectivité des services de protection de l'enfance s'entendent pour dire que la prévention des mortalités et des sévices physiques revêt une importance capitale. Par conséquent, il est devenu pratique courante de retirer les enfants de la garde des parents pour les placer dans une autre famille ou dans un centre régi par l'État. Les résultats de l'ECI révèlent

Respect des engagements internationaux

Suivant la ratification de la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant* (CDE) de 1991, le Canada produisait deux rapports pour le compte du Comité sur les droits de l'enfant. Réagissant à ces rapports, le comité recommandait « à l'État partie de renforcer et de centraliser son mécanisme de façon à compiler et à analyser systématiquement des données ventilées couvrant l'ensemble des enfants de moins de 18 ans », en particulier les jeunes victimes de violence et de négligence. De plus, « le Comité enjoint l'État partie d'exploiter efficacement les indicateurs mis au point et les données collectées en vue de la formulation et de l'évaluation des législations, politiques et programmes concernant l'allocation des ressources ainsi que la mise en œuvre et le suivi de la Convention ».

Le Canada publiait récemment *Un Canada digne des enfants* qui fait état du plan d'action national adopté jusqu'en 2015. Le sénateur Landon Pearson, conseiller en matière de droit de l'enfant auprès du ministre des Affaires étrangères, expliquait la valeur du plan en précisant que le *Plan d'action national pour les enfants du Canada* confirme l'importance d'un système de cueillette de données mieux intégré et plus détaillé, surtout au service des groupes d'enfants les plus vulnérables. Le profil de la violence envers les enfants de l'ECI s'avère fort utile en ce sens.

toutefois que les sévices physiques suffisamment graves pour exiger des soins médicaux ne surviennent que dans 4 pour cent des cas corroborés[2]. Ces résultats portent à croire que dans la plupart des cas, il y aurait lieu d'examiner avec grande attention des options qui n'affaiblissent pas l'attachement de l'enfant à ses parents. Si les données de l'ECI-2003 et d'autres sources continuent de confirmer une faible incidence des sévices physiques, on pourrait constater une réorientation graduelle des mesures d'intervention vers des services de protection de l'enfance et à la famille qui n'entraînent pas le retrait de l'enfant de sa famille. Il faudrait également s'assurer que l'évaluation des sévices relève d'une équipe d'employés dûment formés à cette fin.

Promotion du développement sain de l'enfant

Si la contribution la plus directe de Santé Canada à la prévention de la violence envers les enfants tient à l'ECI et aux activités de conversion des connaissances tirées des données de surveillance et de recherche, les activités de promotion de la santé du ministère forment la toile de fond qui sous-tend les modes d'appui aux enfants et aux familles. Des initiatives comme le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et le Programme canadien de nutrition prénatale, ainsi que des mesures d'aide comme le crédit d'impôt pour enfants, font partie de la panoplie de politiques pour enfants axées sur le développement des jeunes, la vie familiale, le parentage, le développement communautaire et l'éducation publique du gouvernement fédéral.

Le ministère mise aussi sur des activités permanentes de suivi et d'évaluation des mesures collectives à l'échelle nationale et déploie des efforts pour sensibiliser les professionnels et le public aux enjeux de promotion de la santé et de violence à l'endroit des enfants. Ces activités enrichissent et complètent d'autres efforts fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux en matière de promotion de la santé, de protection des enfants et de services à la famille.

Meilleure conversion des connaissances

Dans le cadre du processus de formation sur les modes de cueillette des données de l'ECI, les équipes de recherche régionales ont rencontré des centaines de travailleurs sociaux de première ligne dans des lieux déterminés à l'échelle du Canada pour discuter des méthodes, des objectifs et des usages de la recherche. Fait surprenant et important à la fois, cette démarche a suscité un vif intérêt chez ces groupes. La formation coopérative s'est traduite par une sensibilisation et un recours accrus aux données de l'ECI pour concevoir des programmes et des pratiques à l'échelle locale, ce qui a donné lieu à une véritable culture d'élaboration des politiques et pratiques axées sur les données probantes.

Le Canada est en voie de se doter de systèmes de cueillette et d'analyse de données plus complets et mieux intégrés. Le grand appui que toutes les provinces et tous les territoires ont donné à l'ECI témoigne de l'intérêt croissant envers des politiques et des pratiques axées sur les données probantes et envers des activités qui visent à améliorer les mesures et la surveillance. De plus, l'*Entente cadre sur l'union sociale* confirme le leadership et l'engagement manifestés par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que leur désir de collaborer avec des organismes non gouvernementaux pour accroître la transparence et l'imputabilité en améliorant les activités de surveillance et la reddition des comptes.

Pour donner suite à l'engagement pris envers les enfants canadiens, il faut investir dans l'élaboration et le développement des systèmes de cueillette, d'analyse et de diffusion des données qui conviennent. Cela dit, l'objectif du « savoir à l'action » ne saurait être atteint en misant exclusivement sur l'évaluation des systèmes de collecte des données. Il importe tout autant de renforcer la capacité d'analyse, d'interprétation et de réduction des données et de dissémination du savoir.

Pour donner suite à l'engagement pris envers les enfants canadiens, il faut investir dans l'élaboration et le développement des systèmes de cueillette, d'analyse et de diffusion des données qui conviennent. Cela dit, l'objectif du « savoir à l'action » ne saurait être atteint en misant exclusivement sur l'évaluation des systèmes de collecte des données. Il importe tout autant de renforcer la capacité d'analyse, d'interprétation et de réduction des données et de dissémination du savoir. Plus encore, les partenaires de tous les secteurs visés doivent être prêts à engager les mesures nécessaires, faisant appel à la base de données probantes pour garantir la bonne évolution des politiques et des pratiques.

@ Note : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.

Qui fait quoi?

Qui fait quoi? ***est une chronique régulière du*** **Bulletin de recherche sur les politiques de santé** ***qui présente les chercheurs clés s'intéressant aux politiques sous l'angle de la thématique particulière de chaque numéro. Cet article trace le profil de diverses initiatives engagées par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux actifs dans la lutte contre la violence envers les enfants.***

Tiffany Thornton, *Division de la gestion et de la diffusion de la recherche, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada, et* **Lil Tonmyr**, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

Au niveau national

Initiative de lutte contre la violence familiale (ILVF)

L'ILVF appuie et complémente les activités des ministères et organismes gouvernementaux et des sociétés d'État. Il revient à Santé Canada de coordonner l'ILVF et de gérer le Centre national d'information sur la violence dans la famille qui assure la plupart des services de signalement, de référence et de diffusion de l'information sur la prévention de la violence familiale, ainsi que la protection et le traitement des enfants. Pour en savoir plus à ce sujet, aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>.

Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPBEE) de Santé Canada

Le CEPBEE appuie des projets coopératifs axés sur l'intervention et la prévention en matière de violence envers les enfants dans plusieurs secteurs, y compris les soins de santé, l'éducation, la justice et les loisirs. Le Centre publiait récemment les résultats d'une étude commune visant à recueillir des données de base dans le cadre d'un sondage téléphonique national. Intitulée *Public Attitudes Toward Family Violence*, ce rapport révèle que les Canadiens définissent la violence familiale en termes très généraux et que la violence à l'endroit des enfants, surtout ceux de moins de 12 ans, suscite de graves inquiétudes. Pour obtenir un exemplaire de cette étude ou d'autres documents de recherche, aller à : <http://www.cecw-cepb.ca/home.shtml>.

Centre canadien de la statistique juridique (CCSJ)

La violence au Canada : un profil statistique 2004 constitue une compilation des données actuelles sur la nature et la portée de la violence familiale. Publié par le CCSJ, ce rapport annuel examine les prononcés de sentences dans les cas de violence familiale, y compris les cas d'agression envers un enfant ou un adolescent. La publication permet aux décideurs de rester à la fine pointe du dossier et de mieux suivre l'évolution de la violence familiale au Canada. Pour tout renseignement additionnel à ce sujet, aller à : <http://www.statcan.ca>.

Au niveau du secteur non gouvernemental

Mères adolescentes prises en charge

Mis sur pied par le Réseau national des jeunes pris en charge, les auteurs de cette initiative proposent des améliorations aux politiques sur le bien-être de l'enfance en s'inspirant de faits vécus et d'expériences de jeunes mères prises en charge par l'État. *Teen Moms in Care: A Policy, Research and Program Development Initiative* décrit diverses interventions qui offrent aux adolescentes enceintes et aux jeunes mères desservies par le système de bien-être social un logement adéquat, ainsi que la possibilité d'aller à l'école ou d'obtenir un emploi. Ils décrivent aussi les mesures à engager pour inciter ces jeunes femmes à faire des choix santé. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, aller à : <http://www.youthincare.ca>.

Au-delà des frontières

Le mandat de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada (SSEFPN), un organisme national sans but lucratif, consiste à appuyer les projets de recherche, d'élaboration des politiques et de perfectionnement professionnel des organismes des Premières Nations au service des enfants et des familles autochtones. La société, un partenaire du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, gère également le centre de recherches sur les Premières Nations de Winnipeg, au Manitoba. Elle produisait récemment un rapport de recherche intitulé *Caring Across the Boundaries* (Au-delà des frontières) qui examine la nature et la portée de l'engagement bénévole à l'échelle des organismes qui desservent les familles et les enfants des Premières Nations. Les conclusions s'avéreront utiles aux gouvernements, au secteur bénévole et à la collectivité philanthropique. Pour en savoir plus à ce sujet, aller à : <http://www.fncfcs.com/index.html>.

Youth Relationship Project (YRP)

L'adolescence est une période de vie particulièrement sensible aux mesures de prévention de la violence et de promotion de la santé. Ce projet, qui s'intéresse aux relations entre jeunes, a pour but d'aider ces derniers à avoir des rapports plus positifs avec autrui et leur donne divers moyens de faire face aux difficultés de la vie. Les premiers résultats d'un essai pilote randomisé de deux ans révèlent que les jeunes participants au projet étaient moins souvent victimes de violence psychologique et physique avec leurs partenaires et souffraient moins de stress post-traumatique. Les recherches se poursuivent en vue de vérifier l'efficacité du YRP. Elles mettaient récemment l'accent sur les co-occurrences de consommation d'alcool et de drogues lors des interventions du programme dans l'optique d'évaluer les effets plus globaux du programme. Pour obtenir plus d'information à ce sujet, écrire à : <cwerkerle@uwo.ca>.

Maltraitance et cheminement des adolescents (MCA)

Fort de l'appui financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Alliance canadienne de la recherche en santé, le projet sur les MCA examine les liens entre la violence envers les enfants et les comportements à risque des adolescents, y compris divers éléments modérateurs (p. ex., les types d'attachement) et médiateurs (p. ex., le processus cognitif) susceptibles d'affecter ces relations. L'étude s'intéresse tout particulièrement à la consommation abusive d'alcool et de drogues, à la violence dans les fréquentations, aux comportements sexuels à risque et aux problèmes psychologiques et psychiatriques des adolescents de 14 à 17 ans qui ont des rapports avec les services de protection de l'enfance. Les résultats de l'étude serviront à définir des stratégies de dépistage, d'évaluation et de prévention sur mesure et faciliteront l'évaluation des besoins et la planification des priorités au niveau des adolescents victimes de mauvais traitements. Le site suivant fournit de plus amples renseignements en ce sens : <http://www.cecw-cepb.ca/Research/ResearchStat-f.shtml>.

Au niveau international

Bien-être des enfants et des adolescents aux États-Unis

La U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families effectue une étude longitudinale nationale représentative sur les cas de bien-être des enfants signalés aux sociétés de bien-être de l'enfance. L'échantillon comprend 5 504 enfants (de 0 à 14 ans) desservis par 97 sociétés ayant fait l'objet d'une enquête des services de protection de l'enfance, ainsi que 727 enfants en foyer d'accueil depuis un an environ. Pour en savoir plus, aller à : <http://www.acf.dhhs.gov/programs/core/ongoing_research/afc/wellbeing_intro.html> ou écrire à : <mbwebb@acf.hhs.gov>.

Projets de cueillette des données

Rapport statistique sur les services à l'enfance et à la famille

Le *Rapport statistique sur les services à l'enfance et à la famille* du Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille fournit des données provenant des systèmes provinciaux et territoriaux et qui portent sur une gamme de services aux enfants dont s'occupent les sociétés de protection de l'enfance ou encore qui sont adoptés ou pris en charge. L'absence de normes communes empêche néanmoins le regroupement des données recueillies par le Groupe de travail au niveau national ou l'établissement de comparaisons entre diverses compétences.

CWLC•LBEC

S'occuper des enfants

S'occuper des enfants est une étude longitudinale sur les enfants pris en charge par l'État (placés en famille d'accueil) effectuée par la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada et qui sert à recueillir des données provinciales et territoriales sur la violence envers les enfants et les trajectoires du développement infantile. L'étude compare des variables clés entre les groupes d'enfants pris en charge et les enfants au sein de la population en général, à l'instar de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Cette étude sert présentement aux sociétés de protection de l'enfance de sept provinces et trois territoires (y compris des organismes des Premières Nations). Pour tout renseignement additionnel aller à : <http://www.cwlc.ca>.

Matrice nationale de mesure des résultats sur le bien-être de l'enfance

Un Groupe de coordination des résultats provinciaux et territoriaux s'affaire à perfectionner les fonctions d'évaluation et de dissémination d'une matrice nationale de mesure des résultats sur le bien-être de l'enfance. Puisant à plusieurs sources de données susmentionnées, la matrice fera ressortir les liens entre la récurrence des mauvais traitements infligés aux enfants et l'incidence de mortalité et de blessures graves.

Le saviez-vous?

Le saviez-vous? ***est une chronique régulière du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *qui explore diverses idées fausses liées à l'information, à la recherche et aux données sur la santé. Le présent numéro examine une gamme de fausses perceptions entourant la violence envers les enfants.***

Réalité ou fiction?

Valérie Gaston, *Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Centre de développement de la santé humaine, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

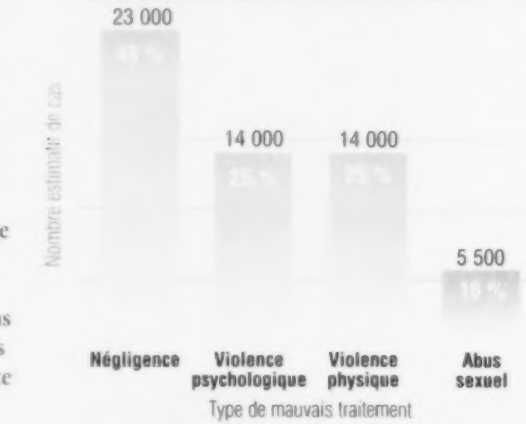
En ce qui touche les manifestations de violence à l'endroit des enfants, les médias tendent malheureusement à ne faire état que des cas spectaculaires. Ceux qui captent surtout l'attention nationale et qui font la manchette ont trait aux parents qui louent les services sexuels de leurs enfants, par exemple, ou qui les enferment dans la sécheuse. Nul doute ces histoires s'avèrent-elles désolantes et horribles mais elles ne reflètent pas pour autant la dure réalité que vivent la plupart des jeunes dont s'occupent les services de bien-être de l'enfance.

Puisque l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI) constitue une importante source de données, elle peut aider à faire éclater nombre des perceptions erronées qu'entretient le public et que véhiculent les médias. Tout comme les stéréotypes, ces idées fausses peuvent faire du tort aux enfants maltraités et à leurs familles.

La plupart des cas de violence envers les enfants concernent l'abus sexuel. *Vrai ou faux?*

Comme l'indiquent les articles précédents, les données de l'ECI révèlent que contrairement aux croyances populaires, c'est la négligence qui constitue la forme de mauvais traitement à l'égard des enfants la plus courante. En 1998, 40 pour cent de tous les cas corroborés de violence envers les enfants identifiaient la négligence comme la source première de violence. L'abus sexuel ne représentait que 10 pour cent des cas corroborés de mauvais traitements (voir la Figure 1). Il ne faut pas oublier non plus que ces données ne s'appliquent qu'aux cas de mauvais traitements corroborés par les services de protection de l'enfance. Il s'agit donc d'une sous-estimation du nombre total d'enfants qui sont victimes de violence et de négligence au cours de l'année (voir l'article en page 9)[1].

Figure 1 : Nombre estimatif de cas corroborés de mauvais traitement infligé à un enfant, selon le type de mauvais traitement, 1998



La maltraitance affecte les enfants de façon différente selon l'âge et le sexe. *Vrai ou faux?*

- Soixante pour cent des cas corroborés de **violence physique** concernent les garçons. Le groupe d'âge le plus exposé, chez les garçons comme chez les filles, est celui des jeunes de 12 à 15 ans. La plupart du temps, le cas de violence physique constitue un incident unique lié l'imposition d'un châtiment inapproprié[2].
- Soixante-neuf pour cent des cas corroborés d'**abus sexuel** concernent les filles. La plupart des victimes sont des filles de 4 à 7 ans et de 12 à 15 ans. Les caresses et attouchements constituent la forme d'abus sexuel la plus courante. Les garçons de 4 à 7 ans sont trois fois plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuel que ceux de tout autre groupe d'âge[2].
- En ce qui a trait aux cas corroborés de **négligence** et de **violence psychologique**, la répartition selon l'âge et le sexe est semblable chez les garçons et les filles, quoique les garçons de trois ans et moins semblent plus exposés que les autres à souffrir de négligence ou de violence psychologique[2].
- Chez les filles, les cas de négligence atteignent leur point culminant entre 12 et 15 ans; les filles de 4 à 7 ans sont néanmoins les plus affectées par les incidences de violence psychologique. La plupart des cas corroborés de négligence résultent d'un manque de supervision entraînant un sévice physique ou un risque de sévice physique (p. ex., un enfant de 5 ans qui joue seul sur le balcon du deuxième étage où il y un danger de tomber, même si l'enfant ne tombe pas)[2].

L'exposition à la violence familiale est la principale forme de violence psychologique corroborée. *Vrai ou faux?*

L'exposition à la violence familiale constitue un facteur dans plus de la moitié des cas corroborés de violence psychologique. De fait, l'*Étude ontarienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants* fait état d'une hausse alarmante de 770 pour cent du nombre

de cas d'exposition à la violence familiale entre 1993 et 1998[3]. L'une des causes principales de cette hausse tient à l'exigence imposée par la plupart des provinces et territoires de déclarer les cas de violence familiale aux services de protection de l'enfance si le ménage comprend des enfants.

Les familles bénéficiaires de l'aide sociale ont plus tendance à violenter leurs enfants que les familles qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale. *Vrai ou faux?*

Nonobstant la croyance populaire, les données de l'ECI révèlent que le revenu de plus de la moitié des familles impliquées dans des cas corroborés de violence envers les enfants provenait d'un emploi à temps plein ou partiel. Trente-cinq pour cent des familles comptaient sur l'aide sociale pour obtenir une forme quelconque de soutien financier. Notons néanmoins qu'un emploi à temps plein ne signifie *pas* pour autant que la famille ne vit pas dans la pauvreté[2] (voir aussi la page 15).

Les problèmes de violence envers les enfants sont plus graves dans les régions urbaines que dans les régions rurales. *Vrai ou faux?*

On croit généralement que la vie en milieu urbain se traduit par un effritement des valeurs familiales et une hausse du taux de violence envers les enfants. Mais la comparaison des données de l'ECI provenant des grandes sociétés métropolitaines et des sociétés rurales trace un tableau fort différent de la situation. De fait, 39 pour cent du nombre total de cas sujets à enquête se situaient dans des grandes zones métropolitaines, 24 pour cent dans des régions rurales et les autres, dans des régions mixtes rurales-urbaines (c.-à-d. des régions où les sociétés offraient des services dans une série de régions à densité démographique variable). Les deux cinquièmes environ (39 pour cent) des cas urbains étaient des cas corroborés de mauvais traitements comparativement à près de la moitié (49 pour cent) des cas donnant lieu à une enquête en milieu rural (voir la Figure 2). Quarante pour cent des enquêtes menées dans des régions mixtes rurales-urbaines étaient corroborés[1].

Les parents biologiques tendent plus que les autres à être les auteurs présumés des gestes de violence. *Vrai ou faux?*

Cette vérité s'applique à tous les types de mauvais traitements hormis l'abus sexuel. Même si les gens songent, typiquement, à un prédateur sexuel inconnu, l'enfant connaît son agresseur dans la majorité des cas. La plupart des auteurs présumés d'agressions sexuelles étaient d'autres membres de la parenté ou des personnes non apparentées (un pair plus âgé de l'enfant, un ami ou une connaissance de la famille, la personne qui garde l'enfant, un enseignant ou un autre professionnel)[2].

Un grand nombre de cas non corroborés de maltraitance résultent d'un signalement faux ou malicieux. *Vrai ou faux?*

Les résultats indiquent que la plupart des cas ou des rapports non corroborés de mauvais traitements ont été signalés de bonne foi. Un cas de mauvais traitement non corroboré n'indique pas nécessairement que le signalement était malicieux. Seulement 4 pour cent des 33 pour cent de cas non corroborés résultaient d'un signalement intentionnellement faux et les accusations venaient surtout de sources anonymes. Il arrive que les enfants signalent un faux cas d'abus quoique cette situation s'avère rare et s'applique surtout aux cas de violence physique[1].

Près de 60 pour cent des cas portés à l'attention des sociétés de protection de l'enfance sont signalés par des professionnels qui côtoient les enfants. Ce sont les membres du personnel scolaire qui signalent le plus grand nombre de cas, puis les policiers et le personnel de la santé. Les signalements de non professionnels sont surtout faits par des parents, des membres de la parenté, des amis, des voisins ou par les enfants eux-mêmes.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

Figure 2 : Répartition des cas corroborés de maltraitance, selon la région urbaine ou rurale, 1998

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada *est une chronique régulière du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *qui fait la lumière sur les plus récentes méthodologies utilisées pour recueillir et analyser les données sur la santé. Ce numéro met l'accent sur les types d'enquêtes et les sources de données disponibles.*

Guide de poche des fichiers de données d'enquête

Sylvie Moreau *et* **Chris Oster**, *Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada*

Les chercheurs doivent avoir recours aux études et aux fichiers de microdonnées qui conviennent le mieux à leurs projets de recherche. Il en va de même des analystes des politiques qui doivent être familiers avec les forces et faiblesses des études et des fichiers de microdonnées qui sous-tendent leurs recherches stratégiques. Le présent article permet d'établir des distinctions utiles entre les grandes catégories d'études et de fournir des renseignements sur les fichiers de microdonnées disponibles pour chaque étude menée par Statistique Canada.

Étude longitudinale ou en coupe?

Au moment d'amorcer un projet de recherche exigeant la tenue d'une enquête, les chercheurs doivent déterminer s'ils veulent fonder leur analyse sur une étude en coupe ou une étude longitudinale. Les analystes des politiques doivent aussi savoir quel type d'enquête peut fournir les données les plus pertinentes, compte tenu de leurs enjeux stratégiques particuliers.

Étude en coupe

La plupart des gens considèrent les études en coupe comme des enquêtes « conventionnelles ». Ce genre d'étude sert habituellement à mesurer la situation d'une population à un point donné dans le temps, soit au moment même où se tient l'étude en question. Il peut s'agir d'une étude fort simple, tel qu'un sondage d'opinion publique ne comportant qu'une seule question, ou d'une étude nationale complexe sur la santé comme l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada[1]. L'étude en coupe peut servir à estimer les caractéristiques particulières d'une population (p. ex., le taux de tabagisme ou le pourcentage de personnes obèses), alors qu'une série d'études en coupe aidera à mesurer les tendances démographiques.

Étude longitudinale

Une étude longitudinale permet de suivre l'évolution d'un groupe de personnes (échantillon) pendant une longue période de temps en interrogeant et en ré-interrogeant le même groupe de personnes pendant toute la durée de l'étude. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* de Statistique Canada, qui interroge le même groupe de répondants tous les deux ans pendant 20 ans constitue un bon exemple d'étude longitudinale.

Puisque l'information sur la personne interviewée est disponible pendant plusieurs années, les études longitudinales s'avèrent fort utiles pour mesurer les changements qui affectent les personnes au fil du temps et pour mesurer le « cheminement de vie » d'une personne. Mais une étude longitudinale ne peut produire d'estimations sur les caractéristiques d'une population ou mesurer les tendances démographiques au fil du temps parce qu'elle ne reflète avec précision la population entière qu'au cours du premier cycle, au moment de la constitution de l'échantillon.

Fichier maître, fichier de microdonnées à grande diffusion ou fichier de données partagées?

En plus de bien comprendre en quoi consistent les divers types d'études et d'enquêtes, les chercheurs et les analystes des politiques doivent être familiers avec les sortes de fichiers de microdonnées disponibles pour chaque enquête. Statistique Canada produit jusqu'à trois fichiers de données différents par enquête : les **fichiers maîtres**, les **fichiers de microdonnées à grande diffusion** (FMGD) et les **fichiers de données partagées**.

Fichier maître

Le fichier maître est un fichier de données complet qui renferme toute l'information signalée sur chaque répondant ayant participé à l'enquête. Il est accessible uniquement sur les lieux de Statistique Canada et dans les Centres de données de recherche (CDR) de Statistique Canada. Les CDR offrent une autre façon d'accéder au fichier maître si jamais le fichier de données partagées ou le FMGD ne suffisent pas.

Fichier de microdonnées à grande diffusion

Le FMGD provient du fichier maître mais comme l'indique son nom, il est accessible au public. Lorsque Statistique Canada met au point le FMGD, il prend toutes les précautions nécessaires pour garantir la pleine confidentialité des répondants, ce qui pourrait s'avérer difficile quand l'échantillon de population est petit (p. ex., dans les

Figure 1 : Comparaisons entre divers types de fichiers de données

régions nordiques) ou quand certaines variables n'apparaissent que dans de rares circonstances (p. ex., de jeunes répondants atteints de la maladie de Parkinson). Dans ces cas, les variables sont regroupées (en un plus petit nombre de catégories) ou supprimées. Le FMGD contient exactement le même nombre de répondants ou de dossiers que le fichier maître, mais moins de variables (voir la Figure 1).

Fichier de données partagées

Lorsque Statistique Canada recueille des données, il demande aux répondants s'ils lui permettent de rendre leur information disponible à ses partenaires (habituellement des ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux). Un fichier de données partagées contenant les données de tous les répondants consentants est alors créé et acheminé aux partenaires. Le fichier de données partagées se distingue de deux façons du FMGD :

- il fournit de l'information sur toutes les variables
- l'échantillon est plus petit (voir la Figure 1)

Des partenaires comme Santé Canada ont souvent recours aux fichiers de données partagées parce qu'il n'y a aucun regroupement ou élimination de variables, ce qui permet aux chercheurs en matière de politiques d'explorer des sujets particuliers plus en détail qu'avec le FMGD. Cela dit, il revient aux partenaires de s'assurer que les répondants ne peuvent être identifiés à la sortie. En outre, si le fichier de données partagées recoupe moins de 85 pour cent de l'échantillon du fichier maître, les usagers du fichier de données partagées doivent user de prudence puisqu'il se peut que les données ne soient pas aussi représentatives de l'ensemble de la population.

Quel type de fichier de données convient le mieux?

Les chercheurs qui se lancent dans un nouveau projet devraient d'abord opter pour le FMGD puisqu'il comprend un plus grand échantillon que le fichier de données partagées et que les répondants ne peuvent être identifiés à la sortie. Néanmoins, les chercheurs devraient opter pour le fichier de données partagées si :

- les variables qui les intéressent ont été regroupées ou supprimées dans le FMGD;
- les variables sont incluses dans le FMGD mais l'analyse statistique exige des estimations spécifiques de la variance[2] (p. ex., pour calculer l'intervalle de confiance[3]), ce qu'il n'est pas possible de faire avec le FMGD.

Il importe également que les analystes des politiques saisissent bien les différences entre ces divers types de fichiers. Ils doivent savoir, par exemple, s'il y a eu manipulation des variables (comme dans le cas du FMGD) ou non, comme dans le cas des fichiers de données partagées) avant de recommander l'adoption de politiques fondées sur des recherches spécifiques.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

Suite de la page 18

et le suivi longitudinal des clients des services de bien-être de l'enfance pour mieux évaluer la prévalence et les tendances au fil du temps de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les clients de ces services. Il faut aussi se donner un autre objectif fondamental, soit la mise au point de modèles de prestation de services coopératifs efficaces qui répondent aux besoins des familles avec de multiples problèmes que traitent les travailleurs de l'aide à l'enfance.

Une fois qu'on s'est doté d'un réseau national, il devient plus facile d'intégrer le fruit des recherches, soit des résultats autrefois répartis en fonction de la discipline, du type de violence, de la sous-population, des services et des activités stratégiques. En outre, il est probable qu'une approche coordonnée fondée sur les données probantes face aux familles vulnérables maximisera les possibilités des clients des services de protection de l'enfance, y compris les alcooliques et les toxicomanes, et engendrera des bienfaits personnels, sociétaux et socioéconomiques démontrables.

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>.*

Nouvelles notables

Nouvelles notables ***est une chronique régulière du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé** ***qui met l'accent sur les « dernières nouveautés » dans le domaine de la recherche sur les politiques de santé.***

S'adapter au changement climatique

Le Bureau du changement climatique et de la santé (BCCS) de Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé ont conjointement publié le document *Méthodes pour évaluer la vulnérabilité de la santé humaine et l'adaptation de la santé publique au changement climatique*. Ce document identifie les approches et méthodes de recherche qui conviennent à tous les niveaux de gouvernement et qui servent à évaluer la vulnérabilité de la santé humaine au changement climatique. Elle aide également d'autres pays à consolider leur base de connaissances en recherches sur les politiques. Un sommaire du document est disponible auprès du BCCS à : <climatinfo@hc-sc.gc.ca>. Pour en savoir plus à ce sujet, aller à : <http://www.euro.who.int/globalchange>.

Registre national des traumatismes

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publiait récemment l'édition 2003 du *Rapport du registre national des traumatisme : Blessures importantes au Canada*, qui comprend une analyse descriptive des patients hospitalisés pour cause de traumatisme majeur au cours de l'exercice 2001–2002. Les résultats révèlent qu'au Canada, 72 pour cent de toutes les blessures importantes et 67 pour cent de tous les traumatismes majeurs liés à des accidents routiers affectent les hommes. Les sortes de blessures les plus fréquentes sont les blessures à la tête, puis les blessures orthopédiques, y compris les fractures et les amputations, et les blessures superficielles. Pour obtenir une copie de ces données ou pour consulter le document en entier, aller à : <http://www.cihi.ca>.

Inclusion socio-économique en Ontario

L'Initiative d'inclusion socio-économique (IISC) de l'Ontario est une stratégie de financement intégrée mise au point par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, dans les régions de l'Ontario et du Nunavut. Cette initiative démontre en quoi les collectivités peuvent se mobiliser pour instaurer de saines politiques publiques et des pratiques qui favorisent l'inclusion socioéconomique, améliorant du même coup les conditions sous-jacentes à la santé. Les stratégies intègrent plusieurs éléments clés, y compris le financement de projets de développement communautaire (par l'entremise du Fonds pour la santé de la population [FSP]), les partenariats horizontaux et verticaux engageant les gouvernements et secteurs, l'éducation populaire, les campagnes de promotion, ainsi que l'évaluation à divers niveaux. L'initiative produira une nouvelle base de recherches et de savoir sur l'inclusion socioéconomique, alors qu'une évaluation de processus mesurera l'efficacité des activités de planification de l'initiative. Cette évaluation permettra d'améliorer la prestation future du FSP et d'autres projets dans la région de l'Ontario. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquer avec Sawson Saraf au (416) 952-3568.

Programme d'action communautaire pour les enfants

Les effets à long terme de la maltraitance des enfants peuvent inclure une gamme de problèmes chroniques de santé physique et mentale. C'est pourquoi le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) de Santé Canada finance des programmes visant à promouvoir la santé et le développement social des enfants et des familles vulnérables. Un projet financé par le PACE, le Programme de prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants, a vu le jour à Stettler, en Alberta. Axé sur la formation, le soutien et l'éducation, ce programme favorise des activités de sensibilisation populaire sur les séquelles des mauvais traitements à l'égard des enfants en misant sur le partenariat avec les organisations actives dans les domaines de la santé et de l'éducation, et avec les organismes communautaires. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquer avec : <Karen_Garant-Radke@hc-sc.gc.ca> ou <acaa@telusplanet.net>.

Liens entre la santé et les réseaux de soutien social des enfants

Misant sur les données de l'*Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998–1999*, la Division de l'élaboration et de la diffusion des données de Santé Canada a effectué une analyse statistique portant sur les réseaux sociaux des enfants et leurs liens avec la santé. La recherche analyse les réseaux de soutien social des enfants, des parents et des pairs, et indique en quoi ils affectent les comportements de santé. Les résultats actuels confirment les liens entre le soutien social et la santé des enfants. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquer avec : <chris_oster@hc-sc.gc.ca>.

Évaluation de la violence à l'égard des femmes dans le cadre des soins de santé

On considère la violence à l'égard des femmes comme un problème de société ayant de graves répercussions sur la santé et le bien-être des femmes et des enfants. Jusqu'ici, la recherche n'a pas permis d'établir quelles mesures de santé semblent les plus efficaces pour identifier les femmes victimes d'abus. Grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), divers programmes de recherche connexes examineront la situation des femmes victimes de violence et de celles qui ne le sont pas, et s'intéresseront à leurs fournisseurs de soins de santé. On mettra à l'essai les approches sur la façon d'engager le dialogue sur les situations d'abus dans divers contextes de soins de santé, y compris la santé publique, la médecine familiale, les services d'urgence et les cliniques spécialisées. Les études miseront sur un concept de contrôle randomisé pour évaluer le dépistage universel des cas de violence à l'égard des femmes et l'orientation subséquente vers des services pour voir s'ils permettent de réduire l'exposition future à la violence et améliorent la santé des femmes. Pour en savoir plus à sujet, aller à : <http://www.fhs.mcmaster.ca>.

Appui à la recherche sur les politiques de santé

Le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada finance des recherches extramuros jugées par les pairs qui enrichissent la base de données probantes et aident le ministère à prendre des décisions éclairées en matière de politiques. Le PRPS appuie les recherches primaires, secondaires et de synthèse, de même que la tenue d'ateliers de recherche et des conférences axés sur les politiques. Vingt-deux initiatives ont profité d'un soutien financier depuis la création du programme en 2001. Les sommaires de trois projets récents figurent ci-dessous. Pour en savoir plus au sujet du PRPS ou pour obtenir des exemplaires de ces rapports, s'adresser à : <RMDDinfo@hc-sc.gc.ca>.

Santé des migrants (Dre Sheela Basrur, Association of Local Public Health Agencies)

Compte tenu de la mondialisation et de l'évolution technologique, la santé des migrants est rapidement en voie de constituer un grave problème. Cette situation a motivé la tenue d'une conférence nationale de deux jours sur la santé des migrants qui avait lieu à Ottawa au mois de mars 2003. La conférence, qui se penchait sur l'état actuel des recherches dans le domaine, se concentrait sur les maladies transmissibles et non transmissibles et sur l'accès aux services de santé. Les participants recommandaient fortement que les recherches futures s'intéressent à la dynamique de la mobilité démographique et à ses effets sur la santé des migrants, la santé publique et les politiques communautaires et gouvernementales.

Capacité communautaire (Dr Richard G. Crilly, Lawson Health Research Institute)

L'objectif de cette étude consistait à évaluer les données probantes sur la conceptualisation et la mesure de la capacité communautaire et à discuter des incidences sur les politiques, la recherche et l'adoption de mesures. Les résultats indiquent que la capacité communautaire a été largement conceptualisée et que la plupart des définitions confirment en quoi la capacité communautaire peut aider à améliorer la santé et la qualité de vie. On a également réussi à identifier les orientations stratégiques et les prochaines étapes de conceptualisation des capacités communautaires.

Soins intégrés de fin de vie (Donna Wilson, Ph.D., Université de l'Alberta)

La plupart des 220 000 Canadiennes et Canadiens qui meurent chaque année, surtout en raison de vieillesse et de maladies progressives, n'ont pas accès à des soins intégrés au terme de la vie. Cette situation peut les placer dans la difficile situation de rechercher activement des services de santé et des services sociaux. Cette étude de synthèse identifie une série de modèles et d'approches en matière de prestation de soins au terme de la vie qui favorisent l'intégration des soins au terme de la vie à l'échelle canadienne.

Faites une croix sur votre calendrier

Quoi	Quand	Thème
Conférence internationale : Vers une nouvelle perspective — Du vieillir au bien vieillir	3 et 5 octobre 2004 Montréal (Québec) <http://www.geronto.org/>	Favoriser la discussion et l'échange et mettre au point une nouvelle base de connaissances pour stimuler des recommandations et orienter les politiques et services
Maintenir le cap : L'alphabétisation et la santé — première décennie	17 au 19 octobre 2004 Ottawa (Ontario) <http://www.cpha.ca/literacyandhealth>	Forum national pour discuter des contributions visant à améliorer la santé des Canadiens peu alphabétisés au plan des politiques, de la pratique et de la recherche
7e Conférence sur les collectivités sécuritaires : La clé de la sécurité	17 au 19 octobre 2004 Perth (Ontario) <http://www.safecommunities.ca/fre/index.htm>	Discuter des plans d'action visant à réduire l'incidence des blessures aux plans local, provincial et national, et faire part de la plus récente information au sujet des programmes de prévention des blessures et de promotion de la santé
5e Réunion scientifique annuelle de la Canadian Rural Health Research Society et 4e Conférence de l'International Rural Nurses Congress	21 au 23 octobre 2004 Sudbury (Ontario) <http://crhrs-scrsr.usask.ca/sudbury2004/>	Explorer divers enjeux inhérents aux services infirmiers et aux soins de santé en milieu rural, ainsi que les problèmes de santé particuliers des habitants des régions rurales
Conférence nationale sur les soins de santé et la violence familiale 2004	22 et 23 octobre 2004 Boston (Massachusetts) <http://endabuse.org/health/conference/>	Pleins feux sur les plus récentes recherches, mesures de prévention et activités cliniques novatrices engagées pour faire obstacle à la violence familiale
Conférence nationale sur la santé des femmes de milieux ruraux 2004	28 au 30 octobre 2004 Hershey (Pennsylvanie) <http://www.hmc.psu.edu/ce/RWH2004/index.htm>	Susciter un dialogue international entièrement voué aux problèmes de santé mentale et physique des femmes des collectivités rurales
Santé, travail et mieux-être 2004	28 au 30 octobre 2004 Vancouver (Colombie-Britannique) <http://www.healthworkandwellness.com/fr/>	Explorer diverses questions ayant trait à la santé et au bien-être en milieu de travail
4e Conférence européenne sur l'asthme et les allergies chez les enfants	22 et 23 novembre 2004 Amsterdam (Pays-Bas) <http://www.mahealthevents.co.uk/1041n.html>	Dernières découvertes et leurs répercussions sur les perceptions et le traitement de l'asthme et des allergies chez les enfants
9e Conférence annuelle canadienne sur la santé et la sécurité en milieu agricole	2 au 4 décembre 2004 Ville de Québec (Québec) <http://www.casa-acsa.ca/french/index.html>	Mettre l'accent sur la sécurité en milieu agricole et les projets d'intervention et d'extension et d'éducation en matière de santé; définir des possibilités de collaboration
6e Conférence canadienne sur l'immunisation	5 au 8 décembre 2004 Montréal (Québec) <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/cnic-ccni/index_f.html>	Renseignements de pointe sur la science de l'immunisation, les politiques, programmes et pratiques, et forum axé sur les réseaux de contacts et la mise en commun des connaissances

Références

Références pour *Statistiques éclair sur les enfants canadiens* (p. 2)

1. Statistique Canada. (2003). *Estimations de la population 2003.* Extrait le 3 juin 2004 de : <http://www.statcan.ca>.
2. Statistique Canada. (2001). *Recensement : Série « Analyses » : Revenu des familles canadiennes.* N° au catalogue 96F0030XIE2001014. Note : Statistique Canada détermine si le revenu d'une famille est faible en le comparant au seuil de faible revenu (SFR), qui varie selon la grosseur et le lieu de résidence de la famille.
3. Institut Vanier de la famille. (2000). *Profil des familles canadiennes II.* Affiché à : <http://www.vifamily.ca/library/profiling2/profiling2_fr.html>.
4. Statistique Canada. (sans date). *Taux de mortalité infantile.* Extrait le 3 juin 2004 de : <http://www.statcan.ca>.
5. Statistique Canada. (2001). *Tableaux standards de Statistique Canada : Mortalité attribuable aux blessures.* Extrait le 4 juin 2004 de : <http://www.statcan.ca>.
6. Institut canadien d'information sur la santé. (2001–2002). *Base de données sur la morbidité hospitalière.* Affiché à : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=services_hmdb_f>.
7. Santé Canada. (2001). *Faits saillants des données canadiennes sur les blessures de Santé Canada 2000–2001 : Hospitalisations attribuables aux blessures.*

Référence pour *Une alliance fondamentale ancrée dans la preuve et l'action* (p. 3)

1. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B. et De Marco, R. (octobre 2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Journal de l'Association médicale canadienne, 169(9),* 911–915.

Références pour *Comment définir la violence envers les enfants?* (p. 6)

1. Hick, S. (2002). *Social Work in Canada: An Introduction.* Toronto (Ontario), Thompson Education Publishing, Inc.
2. Badgley, R. *et al.* (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants au Canada.* Ottawa (Ontario), Approvisionnements et Services Canada.
3. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants — Rapport final.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
4. Aller à : <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh7/en/>.
5. Aller à : <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>.
6. Aller à : <http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2E.pdf>.
7. Aller à : <http://www.sen.parl.gc.ca/lpearson/specialsession/index-fr.htm>.
8. McCreary Centre Society. (2002). *Violated Boundaries: A Health Profile of Adolescents Who Have Been Abused.* Affiché à : <http://www.mcs.bc.ca/r_ahs.htm>.

Référence pour *L'Étude canadienne sur l'incidence : Une source de données probantes* (p. 9)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants — Rapport final.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Références pour *L'ampleur du fléau de la violence envers les enfants au Canada* (p. 12)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants — Rapport final.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
2. Tonmyr, L. (1998). *Études d'incidence et de prévalence menées à l'échelle internationale sur la maltraitance envers les enfants.* Ottawa (Ontario), Santé Canada.
3. MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Trocmé, N., Boyle, M.H., Wong, M., Racine, Y.A. *et al.* (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association, 278,* 131–135.
4. MacMillan, H.L., Jamieson, E. et Walsh, C. (2003). Exposure to child maltreatment and contact with child protection services: What is the relationship? *Child Abuse and Neglect, 27(12),* 1397–1408.

5. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B. et Copp, B. (2002). *Un système en transformation : une analyse comparative des études ontariennes sur les signalements de mauvais traitements envers les enfants (OIS 1993/1998).* Toronto (Ontario), Centre d'excellence pour la protection et le bien-être de l'enfance, Faculté de travail social, Université de Toronto.

6. Blackstock, C., Trocmé, N. et Bennett, M. (2004). Child welfare response to Aboriginal and non-Aboriginal children in Canada: A comparative analysis. *Violence Against Women Journal.* Sous presse.

7. MacMillan, H.L. (2000). Child Maltreatment: What We Know in the Year 2000. *La Revue canadienne de psychiatrie, 45,* 702–709.

8 Chamberland, C., Laporte, L., Lavergne, C., Malo, C., Torigny, M., Mayer, M. et Hélie, S. (2003). Psychological maltreatment of children reported to youth protection services: Initial results from the Quebec Incidence Study. Dans K. Kufeldt et B. McKenzie (éditeurs), *Child Welfare Connecting Research Policy and Practice.* Waterloo (Ontario), Wilfred Laurier University Press.

9. Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. et Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 22(11),* 1065–1078.

10. Kraemer, H.C., Kazadin, A., Offard, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. et Kupfer, D.J. (1997). Coming to Terms with the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry, 54,* 337–343.

11. Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. et Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I — Physical and Emotional Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 1214–1222.

Références pour *Liens entre la violence envers les enfants et la consommation abusive d'alcool et de drogues* (p. 16)

1. Wekerle, C. et Wall, A.-M. (2002). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence.* New York, Brunner-Routledge.

2. Trocmé, N. et Wolfe, D. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Résultats choisis.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

3. Wekerle, C. et Wolfe, D.A. (2003). Child Maltreatment. Dans E.J. Mash et R.A. Barkley (éditeurs), *Child Psychopathology* (2e édition). New York, Guilford, p. 632–684.

4. DeBellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology, 13,* 539–564.

5. Wolock, I. et Magura, S. (1996). Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse and Neglect, 20,* 1183–1193.

6. Wall, A.-M., Wekerle, C., Trocmé, N. et Leung, E. (août 2003). *Violent experiences and adolescent substance abuse among high-risk youth.* Document soumis à l'occasion du colloque annuel de l'American Psychological Association, Toronto (Ontario).

7. English, D., Fluke, J. et Yuan, Y. (2003). Approches différentielles aux enquêtes des services de protection de l'enfance aux États-Unis. Dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (éditeurs), *Collaboration communautaire et approches différentielles : Recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales.* Ottawa (Ontario), Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, p. 64–74.

8. Peterson, L., Gable, S. et Saldana, L. (1996). Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addictive Behaviors, 21,* 789–801.

9. Miller, W.R., Westerberg, V.S. et Waldron, H.B. (1995). Evaluating alcohol problems in adults and adolescents. Dans R.K. Hester et W.R. Miller (éditeurs), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2e édition). Boston, Allyn et Bacon, p. 61–88.

Références pour *Séquelles immédiates et prolongées des mauvais traitements* (p. 19)

1. Bagley, C. et Mallick, K. (2000). Prediction of sexual, emotional, and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreatment, 5(3),* 218–226.

2. Fields, S.A. et Ogles, B.M. (2002). An empirical typology of youth with severe emotional disturbances. *American Journal of Orthopsychiatry, 72(2),* 250–261.

3. Johnson, P. (2001). In their own voices: Report of a study on the later effects of child sexual abuse. *The Journal of Sexual Aggression, 7(2),* 41–56.

4. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B. et De Marco, R. (octobre 2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Journal de l'Association médicale canadienne, 169(9),* 911–915.

5. Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A. et Resnick, M.D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors in adolescents. *Health Education Research, 12(1),* 37–52.

6. Trocmé, N. et Wolfe, D. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Résultats choisis.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

7. Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., da Costa, G.A., Akman, D. et Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 16(1)*, 101–118.

Références pour *Le grand saut du savoir à l'action* (p. 24)

1. Anselmo, S., Pickford, R. et Goodman, P. (2003). Le modèle d'intervention de l'Alberta : Transformer les résultats des interventions portant sur le bien-être des enfants et les jeunes. Dans N. Trocmé, D. Knoke et C. Roy (éditeurs), *Collaboration communautaire et approches différentielles : Recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales.* Centres d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, p. 99. Affiché à : <http://www.cecw-epb.ca/DocsFra/CCDRAbstracts_f.pdf>.

2. Trocmé, N., MacMillan, H., Fallon, B. et De Marco, R. (octobre 2003). Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *Journal de l'Association médicale canadienne, 169(9)*, 911–915.

Références pour *Le saviez-vous?* (p. 30)

1. Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants — Rapport final.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

2. Trocmé, N. et Wolfe, D. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Résultats choisis.* Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

3. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B. et Copp, B. (2002). *Un système en transformation : une analyse comparative des études ontariennes sur les signalements de mauvais traitements envers les enfants (OIS 1993/1998).* Toronto (Ontario), Centre d'excellence pour la protection et le bien-être de l'enfance, Faculté de travail social, Université de Toronto.

Références pour *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* (p. 32)

1. Gravel, R. et Hamel, M. (2000). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale et bien-être.* Ottawa (Ontario), Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé.

2. Blalock, H.M. (1972). *Social Statistics* (2e édition). New York, McGraw-Hill, p. 22.

3. Ducharme, M. (octobre 2002). Un survol de la signification statistique. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé, 4*, 27–28.